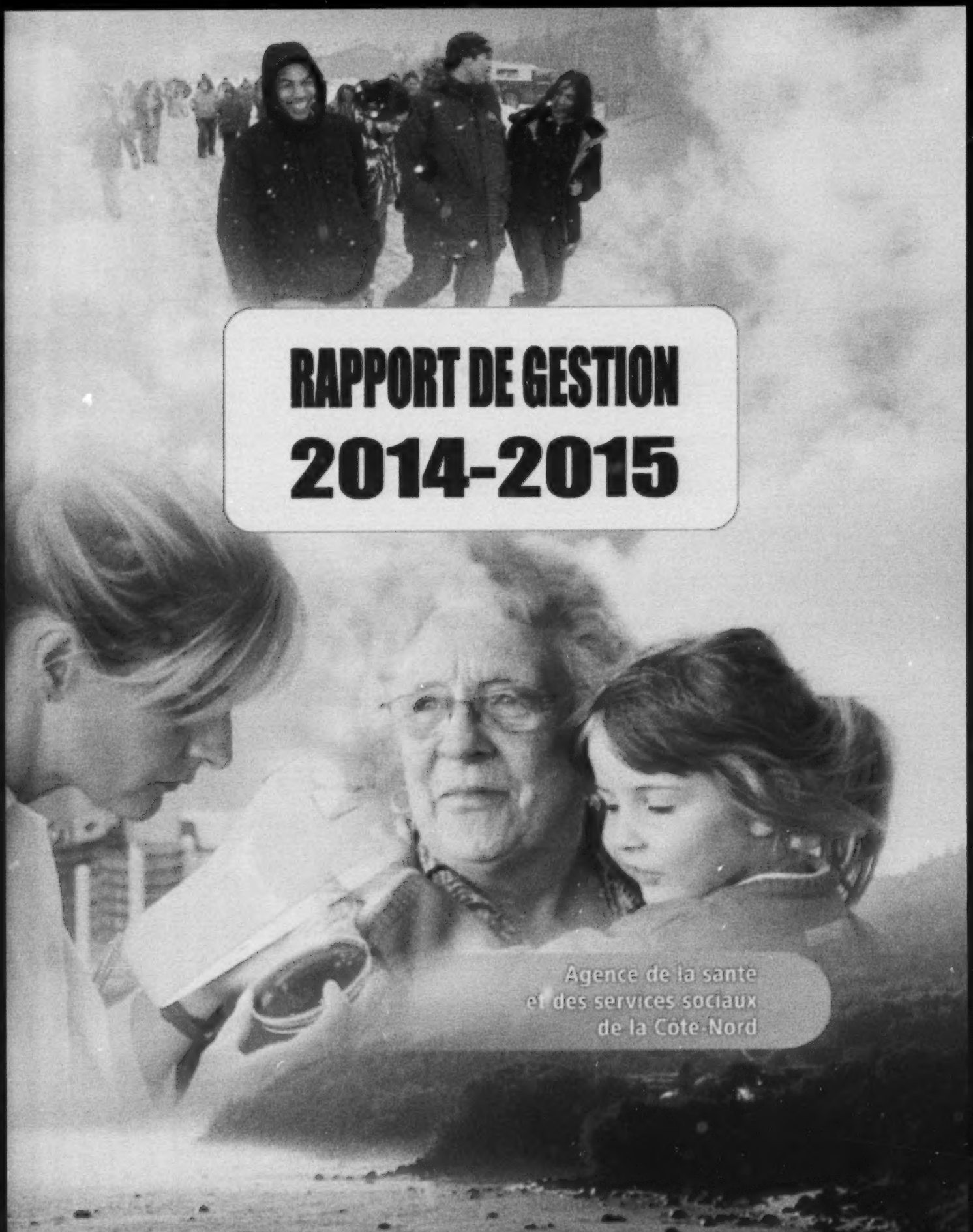


RAPPORT DE GESTION
2014-2015

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

RAPPORT DE GESTION
2014-2015

Document réalisé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord (Agence)

Coordination

Sandra Morin,
Adjointe au président-directeur général
et relations avec les médias

Pascal Paradis,
conseiller en communication

Réalisation technique

Karine Poirier,
agente administrative

Note

Dans ce document, le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Étant donné la fusion des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la Haute-Côte-Nord et de Manicouagan, certains tableaux présentent les données séparées et d'autres fusionnées.

© Agence de la santé et des services sociaux
de la Côte-Nord, Baie-Comeau, 2015

Dépôt légal - 4e trimestre 2015
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-89003-298-9 (version imprimée)
ISBN 978-2-89003-299-6 (version PDF)

MOT DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

En raison du changement dans les structures administratives dans le réseau de la santé et des services sociaux, le message des autorités cette année doit être sous la signature du président-directeur général du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord. Le message traduit tout de même la réalité vécue l'an dernier par l'Agence.

Marc Fortin
Président-directeur général

Monsieur le Ministre,

Ce rapport annuel de gestion présente les faits saillants et les principaux résultats atteints au cours de l'année 2014-2015. Dans plusieurs secteurs, nous avons réussi à offrir des services répondant aux besoins de notre population. Toutefois, dans d'autres secteurs, il faut redoubler d'ardeur et faire preuve d'audace pour assurer l'accès aux services à une population habitant un si vaste territoire. C'est notamment le cas dans les secteurs isolés où certaines initiatives, notamment la télésanté, peuvent faire toute une différence pour les résidents de la région.

L'offre de service est souvent tributaire de la disponibilité de main-d'œuvre. Or, plusieurs titres d'emploi sont difficiles à pourvoir et les départs à la retraite seront nombreux au cours des prochaines années. C'est pourquoi des efforts majeurs ont été consentis par l'Agence et les établissements du réseau, entre autres pour identifier des stratégies d'attraction et de rétention commune. Des partenariats sont aussi établis avec le milieu de l'éducation.

Au chapitre du recrutement médical, les actions concertées portent fruit depuis quelques années, puisque le nombre de médecins est en hausse depuis 2010. Ceci permet notamment à près de trois Nord-Côtiers sur quatre d'avoir un médecin de famille, soit 6 % de plus que l'année précédente. Ces résultats nous permettent d'être confiants de donner accès à un médecin à encore plus de gens au cours des prochaines années.

De même, la présence de médecins spécialistes permet de présenter un bilan plus que positif en matière d'accès aux chirurgies dans les délais prescrits quoique la situation s'avère difficile en ce qui a trait aux chirurgies oncologiques et dans certaines spécialités où le recrutement demeure problématique.

Dans les salles d'urgence, les durées de séjour sur civière sont toujours au-dessus des cibles. À cet égard, les travaux en cours se poursuivront, notamment pour favoriser l'accès aux services de première ligne, au soutien à domicile, aux soins en santé mentale ainsi que pour diversifier les ressources d'hébergement.

La région présente de bons résultats quant aux demandes traitées dans les délais pour les personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. On note également une hausse des heures de services en soutien à domicile.

Malgré le contexte budgétaire, des projets majeurs ont vu le jour cette année ou sont en cours de réalisation, ce qui permettra d'améliorer ou de bonifier les services dans la région. Pensons notamment au Foyer de groupe en santé mentale à Sept-Îles et au nouveau point de service du CSSS de l'Hématite à Schefferville, qui ont été inaugurés. De plus, la phase des plans et devis est amorcée pour plusieurs projets, soit l'agrandissement de la résidence Gustave-Gauvreau à Sept-Îles, l'agrandissement du troisième étage du centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Boisvert à Baie-Comeau et la construction du nouveau bâtiment du CLSC Naskapi. À cela s'ajoute l'aménagement d'un nouveau laboratoire au CSSS de la Minganie qui se terminera à l'été 2015. Ce sont de bonnes nouvelles pour notre population.

Évidemment, la conjoncture actuelle nous pousse à changer nos façons de faire et à identifier des projets d'optimisation. Déjà, au cours des dernières années, des démarches concertées nous ont entre autres permis de regrouper certains services administratifs entre établissements. Ces actions se poursuivront avec la mise en place du CISSS de la Côte-Nord.

Face à tous ces changements, un objectif prioritaire demeure, soit celui d'offrir à toute la population de la Côte-Nord des services de santé et des services sociaux sécuritaires et de qualité. Nous croyons fermement que le regroupement au sein d'un seul établissement régional permettra d'accroître l'efficience et l'efficacité de notre réseau, tout en simplifiant l'accès aux services de même que le parcours de soins pour la population.

Ces objectifs pourront être atteints grâce à l'implication de toutes ces personnes qui se dévouent jour après jour au sein de notre réseau. Nous tenons d'ailleurs à souligner l'engagement quotidien des médecins, des professionnels, du personnel et des bénévoles au sein des établissements, de l'Agence et des organismes communautaires.

Enfin, pleinement conscients des défis qui se présentent et des attentes de la population, soyez assurés que nous prenons au sérieux nos responsabilités et que nous sommes pleinement dévoués à notre mission d'assurer à notre population des services de qualité et une saine gestion des fonds qui y sont consacrés.

Recevez, Monsieur le Ministre, nos plus cordiales salutations.

Le président-directeur général,

Marc Fortin

MOT DU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

François Desbiens
Directeur de santé publique par intérim

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et la Loi sur la santé publique confient au directeur de santé publique des responsabilités professionnelles à l'égard de la population de la Côte-Nord. Il doit surveiller la santé de cette population par des études et analyses et diffuser cette information à la population, aux établissements et aux professionnels du réseau de la santé et à tous les autres organismes concernés. Il doit mener différentes interventions afin de prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux et afin d'influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population. En plus, il doit exercer une vigie sanitaire au sein de la population et intervenir lorsque la santé de la population est menacée.

La santé des Nord-Côtiers s'améliore sur plusieurs aspects. L'équipe du directeur de santé publique et ses partenaires externes se sont afférés à déployer le Plan d'action régional de santé publique. Les interventions de santé publique aux plans local et régional doivent être maintenues et intensifiées. L'année 2015 verra l'arrivée d'un nouveau plan d'action de santé publique qui sera mobilisateur pour les acteurs régionaux.

Le directeur de santé publique par intérim,

François Desbiens, m.d.

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Déclaration sur la fiabilité des données contenues
dans le rapport de gestion de l'Agence et des contrôles afférents

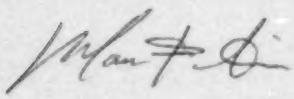
À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 de l'Agence de la Côte-Nord :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

Le président-directeur général,



Marc Fortin

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 - PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

LA RÉGION 3
LA MISSION 3
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 4
LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE 4
LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE 5
LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE 6
LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE 6
LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 7
LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES 8
LE CONSORTIUM INTEREST SANTÉ 9
LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD 10
LA STRUCTURE DE L'AGENCE 10
LES ÉTABLISSEMENTS 12
LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES 13
LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 14
LES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES 16
LES RESSOURCES HUMAINES 17
LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS 20
LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ 22
LES COMMUNICATIONS 23

CHAPITRE 2 - LES SERVICES À LA POPULATION

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 27
L'OPTIMISATION 29
LES SERVICES GÉNÉRAUX 35
- Ligne Info-Social 35
- Effectifs médicaux 36
- Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle 37

LA SANTÉ PHYSIQUE 39
- Services d'urgence 39
- Comité régional de traumatologie 39
- Infirmières praticiennes spécialisées 40
- Chirurgie 41
- Imagerie médicale 42
- Déplacement des usagers 44
- Groupe de médecine de famille 45
- Services préhospitaliers d'urgence 45
- Télésanté 47

LE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES 48
- Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées 48
- Faits saillants 48

LE SOUTIEN À DOMICILE 50
- Accès aux services 50

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME 51
Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience 51
Services spécifiques 52
Services spécialisés 52
Orientations régionales 52
LES JEUNES EN DIFFICULTÉ 53
Faits saillants 53
LES DÉPENDANCES 54
Services de première ligne 54
Services spécialisés 54
Faits saillants 55
LA SANTÉ MENTALE 56
Services de première ligne 56
Services d'intégration dans la communauté 57
Faits saillants 57
LA SANTÉ PUBLIQUE 59
Prévention et promotion de la santé 59
Développement social et développement des communautés 66
Prévention dans les services cliniques de première ligne 67
Santé environnementale 68
Santé au travail 69
Maladies infectieuses 70
Surveillance et évaluation 74
L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE 75
Qualité des services 75
Traitement des plaintes 76
Santé et bien-être des hommes 78
Accès aux services en langue anglaise 79

CHAPITRE 3 - LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 83
Équilibre budgétaire 83
Fonds régionaux 84
LE RAPPORT DE LA DIRECTION 89
LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS 90
LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE 92
Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 102

ANNEXES

ANNEXE A - Code d'éthique et de déontologie
ANNEXE B - Répartition par centres d'activité du volume et des coûts de déplacement des usagers des établissements de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
ANNEXE C - Maladies à déclaration obligatoire - Nombre de cas déclarés sur la Côte-Nord (2010 à 2014)

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

TABLEAUX

Tableau 1	Membres du conseil d'administration	4
Tableau 2	Comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	5
Tableau 3	Membres de la Commission infirmière régionale	6
Tableau 4	Membres de la Commission multidisciplinaire régionale	7
Tableau 5	Comité de direction du Département régional de médecine générale	8
Tableau 6	Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques	9
Tableau 7	Répartition des effectifs de l'Agence	10
Tableau 8	Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires	14
Tableau 9	Évolution des effectifs médicaux - Médecine de famille	36
Tableau 10	Évolution des effectifs médicaux - Médecine spécialisée	37
Tableau 11	Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord	47
Tableau 12	Admissions en hébergement de longue durée	49
Tableau 13	Personnes hébergées au 31 mars 2015	49
Tableau 14	Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2015	49
Tableau 15	Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2015	49
Tableau 16	Formations offertes en prévention du suicide	58
Tableau 17	Projets financés - *La gang allumée*	60
Tableau 18	Projets financés - Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire	62
Tableau 19	Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région	69
Tableau 20	Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes	76
Tableau 21	Bilan des dossiers de plaintes par établissement	77
Tableau 22	Motifs de plaintes et niveau de traitement (commissaires)	77
Tableau 23	Motifs de plaintes et niveau de traitement (médecins examinateurs)	78
Tableau 24	Délai d'examen des plaintes	78
Tableau 25	Autres fonctions des commissaires	78
Tableau 26	Situation budgétaire des établissements	83
Tableau 27	Répartition du volet « maintien d'actifs »	84
Tableau 28	Répartition du volet « rénovation fonctionnelle »	85
Tableau 29	Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD »	85
Tableau 30	Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement médical »	86

Tableau 31 Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs - Volet « équipement non médical et mobilier » 87
Tableau 32 Répartition du budget de location d'espace 87
Tableau 33 Autorisations d'emprunts 88

FIGURE

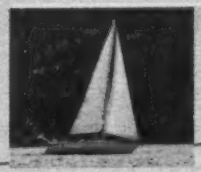
Figure 1 Schéma organisationnel 2014-2015 11

LISTE DES ACRONYMES ET DES ABRÉVIATIONS

AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence)
AEO	Accueil, évaluation, orientation
Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
CAT	Centre d'abandon tabagique
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIR	Commission infirmière régionale
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
CLSC	Centre local de services communautaires
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	Centre de la petite enfance
CPRCN	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
CPS	Centre de prévention du suicide
CQTS	Conseil québécois sur le tabac et la santé
CR	Centre de réadaptation
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DRMG	Département régional de médecine générale
DRRI	Direction régionale des ressources informationnelles
DSQ	Dossier Santé Québec
EQDEM	Enquête québécoise du développement des enfants à la maternelle
EQSJS	Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire
ESCN	Enquête Santé Côte-Nord
EVAQ	Évacuation aéromédicale du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
HPS	Heures de prestation de services
I-CLSC	Intégration CLSC
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
JNSAP	Journée nationale du sport et de l'activité physique
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux

MVE	Maladie à virus Ebola
PCI	Prévention et contrôle des infections
PCP	Pratiques cliniques préventives
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PMO	Planification de la main-d'œuvre
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RI-RTF	Ressource intermédiaire et ressource de type familial
RLS	Réseaux locaux de services
RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SHV	Saines habitudes de vie
SIM	Soutien intensif dans le milieu
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SIV	Soutien d'intensité variable
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Technicien ambulancier-paramédic
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
TIR-SHV	Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
TRRH	Table régionale des ressources humaines

CÔTE-NORD région 09



CLSC NASKAPI
Kawawachikamach
Matimekosh
Schefferville
Fermont
CSSS DE L'HÉMATITE
CSSS DE PORT-CARTIER
CSSS DE SEPT-ÎLES
CSSS DE LA MINGANIE
CSSS DE LA BASSE-CÔTE-NORD
CSSS DE LA HAUTE-CÔTE-NORD - MANICOUAGAN
389
138
Uashat
Sept-Îles
Mallotenam
Rivière-au-Tonnerre
Rivière-Saint-Jean
Longue-Pointe-de-Mingan
Mingan
Havre-Saint-Pierre
Baie-Johan-Beetz
Aguanish
Natashquan
Pointe-Parent
Kegaska
La Romaine (Unamen Shipu)
Chevery
Harrington Harbour
Tête-à-la-Baleine
La Tabatière
Mutton Bay
Saint-Augustin
Pakuashipi
Vieux-Fort
Rivière-Saint-Paul
Middle Bay
Blanc-Sablon
Port-Cartier
Port-Menier
ÎLE-D'ANTICOSTI
Baie-Trinité
Baie-Comeau
Chute-aux-Outardes
Pessamit
Forestville
Les Escoumins
Essipit
Les Bergeronnes
Tadoussac
Sacré-Coeur
Fleuve Saint-Laurent

LÉGENDE

Mission :
- ■ CLSC
- ▲ Centre hospitalier
- ● Centre d'hébergement et de soins de longue durée
- □ Centre de protection et de readaptation de la Côte-Nord
- ✤ Dispensaire fédéral

Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Québec

PRÉSENTATION DE L'AGENCE ET DES ACTIVITÉS DE SOUTIEN AU RÉSEAU NORD-CÔTIER

CHAPITRE 1

LA RÉGION

Située au nord-est du Québec, la Côte-Nord s'étend sur 1 280 km de littoral de Tadoussac à Blanc-Sablon, en passant par L'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et Schefferville. La Côte-Nord occupe, à elle seule, le cinquième du territoire québécois (21,08 %) et elle se situe au deuxième rang provincial pour son étendue.

Selon les plus récentes données de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ)[1], la Côte-Nord compte environ 95 500 habitants au 1er juillet 2014. À elles seules, les villes de Baie-Comeau et de Sept-Îles regroupent environ la moitié de la population. Une quarantaine de municipalités, dont certaines ne sont pas reliées par voie terrestre, sont disséminées sur le territoire qui s'étale sur 270 000 km^2. La Côte-Nord est une des régions du Québec où la population autochtone est bien présente avec neuf réserves, soit huit communautés innues et une naskapie. D'après les données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011, la région compte 13 385 autochtones, soit environ 14 % de la population. On estime qu'environ 30 % des autochtones nord-côtiers ne vivent pas sur une réserve.

Sur la Côte-Nord, les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses qu'au Québec, même si leur nombre tend à augmenter. Elles représentent 16,1 % de la population nord-côtière alors que, dans la province, elles comptent pour 17,1 %.

Les résidents de la Côte-Nord sont majoritairement francophones, sauf en Basse-Côte-Nord où 68 % de la population locale déclare uniquement l'anglais comme première langue officielle parlée, soit environ 3 500 personnes.

LA MISSION

L'Agence s'assure, dans le cadre de ses fonctions et en collaboration avec ses différents partenaires, que toute la population de la Côte-Nord ait accès aux services requis pour le maintien et l'amélioration de sa santé et de son bien-être.

L'Agence travaille pour une population dont la réalité géographique, sociale, culturelle et économique a des particularités propres. Le plus grand défi est de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux à une des plus petites populations du Québec, répartie sur un des plus grands territoires de la province.

Selon les ressources disponibles et en concertation avec ses partenaires, l'Agence assure l'organisation et la gestion d'un système de santé et de services sociaux de qualité qui doit s'adapter continuellement aux caractéristiques spécifiques de la région et s'arrimer aux priorités ministérielles.

En fait, la préoccupation première de l'Agence est que le citoyen, peu importe où il réside sur le territoire, puisse avoir accès à des services de santé et des services sociaux.

---

1. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Estimations et projections de populations comparables, selon le territoire, le sexe et les groupes d'âge spécifiques, au 1er juillet, 1996 à 2036*, Diffusion : ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 3 décembre 2014.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Voici les membres du conseil d'administration de l'Agence au 31 mars 2015.

Tableau 1 : Membres du conseil d'administration

Nom	Collège représenté	Municipalité
Pascal-Simon Audet (vice-président)	Organismes du milieu communautaire	Havre-Saint-Pierre
Johanne Beaudoin	Membre indépendant	Blanc-Sablon
Isabelle Bossé	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée	Sept-Îles
Alice Bourgeois	Comité régional sur les services pharmaceutiques	Sept-Îles
Roger Dubé	Département régional de médecine générale	Baie-Comeau
Céline Foster	Comités des usagers des établissements	Forestville
Josée Francoeur	Commission multidisciplinaire régionale	Port-Cartier
Luciana D. Hovington	Membre indépendant	Sacré-Cœur
Pierre Lamontagne (président)	Membre indépendant	Baie-Comeau
Jean-Noël Thériault	Membre indépendant	Sacré-Cœur
Nathalie Tremblay	Commission infirmière régionale	Sept-Îles
Ivo Di Piazza	Président-directeur général	Baie-Comeau
Vacant	Membre indépendant	
Vacant	Organismes représentatifs du milieu syndical	

Au total, six rencontres ont été tenues entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015.

Voici les membres qui siégeaient au comité de vérification au 31 mars 2015 :

- Josée Francoeur
- Luciana D. Hovington (présidente)
- Pierre Lamontagne

Durant l'année qui vient de s'écouler, une réunion a eu lieu.

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs est joint au rapport à l'annexe A. Ce code porte sur les devoirs et obligations des administrateurs, traite des situations de conflits d'intérêts, interdit certaines pratiques et prévoit des mécanismes d'application de sanctions en cas de non-respect. Le conseil d'administration considère qu'il est important de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration des fonds publics, de favoriser la transparence et de confirmer la responsabilité individuelle et collective des administrateurs.

Un comité de gouvernance et d'éthique voit à son application. Ce comité doit compter trois membres du conseil d'administration, dont une majorité de membres indépendants.

Voici les membres qui font partie du comité :

- Pascal-Simon Audet
- Johanne Beaudoin
- Jean-Noël Thériault

Au cours de l'année 2014-2015, aucune déclaration de conflits d'intérêts n'a été effectuée.

LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Cette instance est composée de tous les médecins spécialistes qui agissent à titre de chefs de département au sein des CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et de Sept-Îles.

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a pour mandat de conseiller le président-directeur général au regard de l'organisation régionale des services médicaux en spécialité dont, entre autres :

- Le plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité;
- Le plan régional d'organisation des services médicaux spécialisés;
- Le réseau d'accessibilité aux soins médicaux spécialisés;
- Tout projet concernant la dispensation des services médicaux spécialisés ainsi que l'utilisation de certains médicaments;
- L'instauration de corridors de services avec la collaboration du réseau universitaire intégré de santé (RUIS).

Le président-directeur général et le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique complètent d'office la composition de cette instance. Les directeurs des services professionnels des CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et de Sept-Îles sont conviés à participer aux rencontres à titre d'invités.

Les responsabilités de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée sont exercées par un comité de direction formé de sept membres provenant de domaines cliniques différents. Deux postes demeurent vacants.

Au cours de l'année 2014-2015, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée s'est réunie à trois reprises.

Tableau 2 : Comité de direction de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

Nom	Fonction	Secteur	Établissement
Dre Isabelle Bossé (présidente)	Chef département clinique	Obstétrique-gynécologie	CSSS de Sept-Îles
Dr André Crépeau	Chef département clinique	Radiologie diagnostique	CSSS de Sept-Îles
Dr Danny Dreige	Chef service clinique	Ophtalmologie	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Dr Dominique Gionet	Chef département clinique	Médecine spécialisée	CSSS de Sept-Îles
Dr Yves Girard	Chef département clinique	Médecine interne	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Dre Nancy Griffiths	Chef service clinique	Orthopédie	CSSS de Sept-Îles
Dr Gabriel Lemay	Chef département clinique	Anesthésiologie	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Vacant	Chef département clinique	Psychiatrie	
Vacant	Chef département clinique	Médecine de laboratoire	

LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

La Commission infirmière régionale (CIR) a pour rôle de donner, aux conseils d'administration de l'Agence et des établissements de la région, des avis concernant principalement les trois domaines suivants :

- L'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers sur le territoire ainsi que la planification de la main-d'œuvre infirmière;
- L'accessibilité et la coordination des services impliquant les soins infirmiers du territoire;
- Les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Au cours de l'année 2014-2015, la CIR a tenu une rencontre.

Voici la composition de la CIR.

Tableau 3 : Membres de la Commission infirmière régionale

Nom	Collège représenté	Établissement
Christine Allaire	Direction des soins infirmiers	CSSS de Port-Cartier
Josée Desgagnés	Direction des soins infirmiers	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Brigitte Gagnon	Membre observateur	Cégep de Sept-Îles
Marie LeGendre	Membre coopté	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Côte-Nord
Isabelle Morin	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Stacey Roberts	Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Karine Saint-Hilaire	Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Marie-Hélène Saint-Pierre	Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Nathalie Santerre	Cégep (département des soins infirmiers)	Cégep de Baie-Comeau
Lucie Savard	Membre observateur	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Nathalie Tremblay	Conseil des infirmières et infirmiers (CECII)	CSSS de Sept-Îles
Lise Boivin	Personne désignée par le président-directeur général	Agence

LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a pour rôle de donner, aux conseils d'administration de l'Agence et des établissements de la région, des avis sur les questions relatives à l'organisation des services autres que médicaux ou infirmiers.

En 2014-2015, l'Agence a relancé les travaux de la CMuR. Deux rencontres se sont tenues avec les membres dont l'une concernant les besoins régionaux de la main-d'œuvre pour le réseau de la santé et des services sociaux. La composition de la CMuR est la suivante.

Tableau 4 : Membres de la Commission multidisciplinaire régionale

Nom	Etablissement
Wanda Beaudoin	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Katy Bouchard	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Guy Dion	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Josée Francoeur	CSSS de Port-Cartier
Carole Maltais	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Jocelyn Pelletier	Cégep de Baie-Comeau
Anne Rioux	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan
Sébastien Tremblay	Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord
Dale Walker	CSSS de Sept-Îles
Marie-Josée Dufour	Agence
Johanne Dion	Agence (membre observateur)

LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des omnipraticiens de la région qui œuvrent en première ligne, rejoignant ainsi les médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée et ceux qui pratiquent en établissement.

Sous l'autorité du président-directeur général de l'Agence, le DRMG est responsable de :

- Définir, proposer et mettre en place un PREM en médecine de famille et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- Définir, proposer et mettre en place un plan régional d'organisation des services médicaux généraux, incluant un réseau de garde intégrée et de garde en disponibilité (maintien à domicile, établissements de longue durée, etc.) et d'assurer sa mise en œuvre, conformément à la décision de l'Agence;
- Définir et proposer un réseau d'accessibilité aux soins médicaux généraux s'inscrivant à l'intérieur du plan régional d'organisation des services médicaux généraux;
- Faire des recommandations sur les programmes prioritaires de l'Agence et en assurer la mise en place;
- Faire des recommandations sur la liste des activités médicales particulières (AMP) et d'assurer la mise en place des activités choisies par l'Agence;
- Évaluer l'atteinte des objectifs relatifs au plan régional d'organisation des services médicaux généraux et de ceux liés à la partie du PREM relative aux médecins omnipraticiens;
- Donner son avis sur tout projet concernant les services médicaux généraux à dispenser.

Les responsabilités du DRMG sont exercées par un comité de direction composé de huit omnipraticiens au profil de pratique différent et issus des territoires de la Côte-Nord. Le Dr Roger Dubé, chef du DRMG, assume ses responsabilités sous l'autorité de la Direction générale de l'Agence.

Tableau 5 : Comité de direction du Département régional de médecine générale

Nom	Établissement
Dre Chantale Baril	CSSS de Sept-Îles
Dre Julie Boulanger	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (Les Escoumins)
Dr Roger Dubé (chef du DRMG)	CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (Baie-Comeau)
Dr Pierre Gosselin	CSSS de Port-Cartier
Dr Christian Mercier	CSSS de l'Hématite
Dr Pierre Moore	CSSS de la Minganie
Dr Maxime Robin-Boudreau	CSSS de la Basse-Côte-Nord
Dre Claudette Viens	Clinique privée

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de direction s'est réuni à quatre reprises.

Les principaux sujets abordés furent :

- Activités médicales particulières (AMP);
- Collaboration ou avis au regard de certains programmes :
  - Ordonnances collectives;
  - Consolidation des services de première ligne;
- Organisation des services de première ligne sur le territoire nord-côtier :
  - Accessibilité aux services de première ligne dans les cliniques médicales (accès avancé);
  - Accueil clinique;
  - Mécanisme d'accès aux plateaux techniques et diagnostiques;
- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) :
  - Coordination des effectifs médicaux en médecine de famille sur le territoire;
  - Confirmation des avis de conformité;
- Recrutement médical :
  - Suivi du programme de bourses en région (en territoire éloigné ou isolé) en médecine de famille;
- Groupe de médecine de famille (GMF).

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

Le comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) regroupe l'ensemble des pharmaciens de la région, rejoignant ainsi ceux ayant une pratique exclusive en pharmacie communautaire et ceux œuvrant au sein d'un établissement. Dans la perspective de soutenir l'organisation des services pharmaceutiques et la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) de santé et de services sociaux, le comité exerce, entre autres, les mandats suivants :

- Émettre des recommandations sur l'organisation des services pharmaceutiques ainsi que sur la planification de la main-d'œuvre;
- Donner des avis sur l'accessibilité et la qualité des services pharmaceutiques, sur les projets relatifs à l'utilisation des médicaments ainsi que sur les approches novatrices en soins et en services pharmaceutiques;
- Exécuter tout autre mandat que lui confie le président-directeur général.

Les responsabilités du CRSP sont exercées par un comité de direction composé de quatre membres élus provenant d'autant de collèges électoraux. À ce nombre, s'ajoutent deux pharmaciens pratiquant en pharmacie communautaire et siégeant en tant qu'observateurs.

Voici les membres du comité de direction.

Tableau 6 : Comité de direction du comité régional sur les services pharmaceutiques

Nom	Fonction	Lieu de pratique
François Alarie	Pharmacien exerçant en pharmacie communautaire (observateur)	Fermont
Alice Bourgeois (présidente)	Chef de département clinique de pharmacie exerçant dans un centre exploité par un établissement	CSSS de Sept-Îles
Sylvie Comeau	Pharmacienne exerçant dans un centre exploité par un établissement	CSSS de la HCN–Manicouagan
Christine Lacombe	Pharmacienne propriétaire exerçant en pharmacie communautaire	Baie-Comeau
Audrey McIntyre	Pharmacienne exerçant en pharmacie communautaire (observateur)	Sept-Îles
Nancy Saint-Pierre	Pharmacienne exerçant en pharmacie communautaire	Chute-aux-Outardes

Siègent également au CRSP le président-directeur général, le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique et la responsable du dossier pharmacie à l'Agence.

En 2014-2015, le comité s'est réuni à trois reprises.

Les sujets suivants ont fait l'objet de discussions :

- Pénurie et formation des assistants techniques en pharmacie;
- Décloisonnement des données de laboratoire aux pharmacies communautaires;
- Dossier Santé Québec (DSQ);
- Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM);
- Comité de l'évolution de la pratique des soins pharmaceutiques en cancérologie (CEPSP);
- Auto-injecteur d'adrénaline pour les hygiénistes dentaires au scolaire;
- Le transport des médicaments injectables dans les pharmacies communautaires;
- Programme de surveillance de l'usage des antibiotiques dans les établissements de santé.

LE CONSORTIUM INTEREST SANTÉ

L'Agence est partenaire du Consortium InterEst Santé avec les agences du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, ainsi qu'avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Université du Québec à Rimouski (UQAR). La mission du Consortium consiste à soutenir la production et l'utilisation de données liées à l'organisation des services et des pratiques de première ligne dans l'Est-du-Québec en profitant entre autres des réseaux de collaboration dont bénéficie chaque partenaire. Les activités du Consortium portent sur trois axes :

- Recherche et développement;
- Éducation, formation, perfectionnement;
- Communications, liens et échanges.

En 2014-2015, plusieurs rencontres ont eu lieu.

LE COMITÉ DE GESTION DU RÉSEAU - CÔTE-NORD

Afin de coordonner l'offre de service dans la région ainsi que les activités de gestion du réseau nord-côtier, le président-directeur général de l'Agence anime une table de concertation avec les établissements. Ce comité est la plateforme privilégiée pour la consultation des gestionnaires sur la planification des services, l'allocation budgétaire et les grands dossiers régionaux.

Le comité de gestion du réseau (CGR) - Côte-Nord s'est réuni à sept reprises au cours de l'année 2014-2015.

LA STRUCTURE DE L'AGENCE

Au 31 mars 2015, le plan d'organisation de l'Agence repose sur six directions :

- Direction générale;
- Direction régionale de santé publique;
- Direction régionale des affaires médicales, universitaires et de la santé physique;
- Direction régionale des ressources financières, matérielles et du développement nordique;
- Direction régionale des ressources humaines internes et réseau;
- Direction régionale des ressources informationnelles.

Le tableau et la figure qui suivent reflètent la répartition des effectifs et le schéma organisationnel de l'Agence.

Tableau 7 : Répartition des effectifs de l'Agence

Effectifs de l'Agence au 31 mars 2015		Exercice courant	Exercice précédent
Employés cadres	Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13,00	15,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
	Nombre de cadres en stabilité d'emploi	3,00	3,00
Employés réguliers	Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	95,00	92,00
	Temps partiel (équivalents temps complet excluant les personnes en sécurité d'emploi)	3,40	3,00
	Nombre d'employés en sécurité d'emploi		
Employés occasionnels	Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	18 026,87	19 229,56
	Équivalents temps complet	9,90	10,57

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

La cible fixée par le Ministère pour le nombre d'heures rémunérées n'a pas été respectée. Nous avons eu une augmentation de 2,3 % des heures rémunérées pour la période de janvier à mars 2015. Par contre, il faut noter une diminution importante des heures du personnel d'encadrement de 4,8 %, des heures supplémentaires du personnel professionnel de 30,8 % et du personnel infirmier de 20,1 %. Avec la création du CISSS, plusieurs mesures seront apportées, notamment l'optimisation des ressources financières, humaines ainsi que la diminution du taux d'encadrement.

Figure 1 : Schéma organisationnel 2014-2015

LES ÉTABLISSEMENTS

La région compte huit établissements dont six CSSS intégrant les missions médicale, sociale et d'hébergement de longue durée. Les deux autres sont le CLSC Naskapi desservant la communauté de Kawawachikamach et le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN) qui regroupe quatre missions.

MRC DE LA HAUTE-CÔTE-NORD ET MRC DE MANICOUAGAN

Ayant son siège social à Baie-Comeau, le CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan dispense aussi des services dans ses installations situées en Haute-Côte-Nord, soit à Sacré-Cœur, Les Bergeronnes, Les Escoumins et Forestville, ainsi que dans la Manicouagan, soit à Chute-aux-Outardes et Baie-Trinité. Le territoire desservi s'étend de Tadoussac à Baie-Trinité, incluant deux communautés innues. Le CSSS dessert une population totale d'environ 43 300 habitants. Baie-Comeau, avec ses 22 000 habitants, est la municipalité la plus populeuse de ce territoire.

MRC DE SEPT-RIVIÈRES

La MRC de Sept-Rivières compte deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à environ 36 000 personnes.

Le CSSS de Sept-Îles dessert 28 350 personnes. La ville de Sept-Îles représente la principale agglomération avec 26 000 résidents. Ce secteur compte également la communauté innue de Uashat mak Mani-Utenam.

Le CSSS de Port-Cartier dessert une population de 7 650 personnes.

MRC DE MINGANIE

Le CSSS de la Minganie dessert une population de 6 760 personnes, dont la moitié vit à Havre-Saint-Pierre. En plus du siège social situé dans cette municipalité, l'établissement compte sept points de service sur un territoire de 310 km, dont un en milieu isolé (L'Île-d'Anticosti). Ce secteur comporte aussi deux communautés innues.

MRC DU GOLFE-DU-SAINT-LAURENT

Le CSSS de la Basse-Côte-Nord est situé à Blanc-Sablon et dessert, au total, une population de près de 5 000 habitants. Le territoire de la Basse-Côte-Nord s'étend de Kegaska jusqu'aux frontières du Labrador et comprend deux communautés innues. Sur une distance de 400 km, la Basse-Côte-Nord est majoritairement constituée de villages isolés où on retrouve huit points de service du CSSS.

MRC DE CANIAPISCAU

La MRC de Caniapiscau comprend deux établissements qui offrent des services de santé et des services sociaux à une population estimée à environ 4 390 personnes.

Le CSSS de l'Hématite, qui est situé à Fermont avec un point de service à Schefferville, dessert une population de 3 750 habitants. Le CLSC Naskapi, de juridiction provinciale, constitue le second établissement compris dans la MRC de Caniapiscau. Il offre ses services à la communauté naskapie de Kawawachikamach (640 habitants).

MISSION RÉGIONALE

Le CPRCN couvre l'ensemble de la population régionale avec ses services de réadaptation en déficience physique et intellectuelle, en dépendance ainsi qu'en protection de la jeunesse.

Son siège social est à Baie-Comeau et les services sont offerts dans seize points de service, et ce, dans toutes les MRC de la Côte-Nord.

LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

L'Agence a la responsabilité de s'assurer que les installations offrent des services adaptés aux autochtones de son territoire. Elle est imputable de la cohérence et de la mise en œuvre des orientations et des engagements ministériels à l'égard de cette clientèle. L'Agence collabore de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), Santé Canada, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) ainsi qu'avec les dirigeants des communautés et des centres de santé autochtones de la région, et ce, sur différents dossiers dont la maladie de Huntington, l'oxygénothérapie, etc.

Des actions pour la réalisation d'ententes de collaboration concernant la trajectoire de services en dépendances et en santé mentale se sont poursuivies sur quatre territoires de CSSS (Basse-Côte-Nord, Minganie, Sept-Îles et Haute-Côte-Nord–Manicouagan) et impliquant la participation de six communautés innues (Pakua Shipi, Unamen Shipu, Nutashkuan, Ekuanitshit, Uashat mak Mani-Utenam et Pessamit).

Une entente a également été signée avec l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue afin de déployer dans notre région la formation Piwaseha. Cette dernière offre l'opportunité au personnel de la santé et des services sociaux d'améliorer leur compréhension de la culture et des réalités autochtones afin d'offrir une qualité supérieure de soins et de mettre en place un partenariat basé sur le respect mutuel et la compréhension. Des activités de formation se sont déroulées à Havre-Saint-Pierre, à Sept-Îles et à Baie-Comeau.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Le financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), par le biais de la mission globale des organismes ayant signé la convention de subvention 2012-2015, nous permet de soutenir 98 organismes impliqués dans plusieurs secteurs d'activité concernant directement la santé et les services sociaux. Au total, cela représente un investissement de 10 303 070 $. Pour consentir à l'attribution de ces crédits, les organismes doivent respecter les normes édictées par le MSSS ainsi que par le *Cadre de reconnaissance et de financement des organismes communautaires de la Côte-Nord* en termes de reddition de comptes. Ainsi, l'Agence reçoit de chaque organisme un rapport annuel faisant le bilan des activités réalisées et de ses états financiers. La transmission des prévisions budgétaires équilibrées à chaque année favorise une saine gestion de ces organismes.

Tableau 8 : Financement accordé dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires

Organisme	Subvention ($)		Catégorie
	2014-2015	2013-2014	
A la Source Sept-Îles	69 107	68 491	Santé physique
Action Autisme et T.E.D. Haute-Côte-Nord Manicouagan	55 881	55 383	Troubles envahissants du développement
Ado-Cité – Maison des jeunes	40 932	40 567	Maisons de jeunes
Association de la fibromyalgie et de la fatigue chronique de Manicouagan et de la Haute-Côte-Nord inc.	15 982	15 839	Déficience physique
Association des aidants naturels de la Côte-Nord	4 310	-	Maintien à domicile
Association des handicapés adultes de la Côte-Nord inc.	25 488	25 261	Déficiences multiples
Association des jeunes de Fermont	22 682	22 480	Maisons de jeunes
Association des parents et amis du malade émotionnel (APAME) Baie-Comeau inc.	75 995	74 768	Santé mentale
Association des parents PANDA Manicouagan	22 868	22 115	Santé mentale
Association des personnes avec difficultés visuelles de Manicouagan	26 166	25 933	Déficience physique
Association des sourds de Baie-Comeau	6 871	6 810	Déficience physique
Association des troubles anxieux de la Côte-Nord	18 274	17 562	Santé mentale
Association Fibromyalgie de Duplessis	16 394	16 248	Déficience physique
Association nord-côtière de l'autisme et des troubles envahissants du développement (ANCATED)	28 368	28 115	Troubles envahissants du développement
Association parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME)	88 683	80 708	Santé mentale
Bureau régional d'information en santé sexuelle (BRISS)	68 105	67 498	VIH-SIDA
Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	31 486	31 205	Personnes âgées
Centre d'action bénévole de la Minganie	142 622	141 336	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole de Sept-Îles	150 410	149 169	Maintien à domicile
Centre d'action bénévole Le Nordest	254 936	252 172	Maintien à domicile
Centre d'activités de la Haute-Côte inc.	63 427	62 861	Déficiences multiples
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Baie-Comeau *Lumière boréale	258 942	256 632	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) - Sept-Îles *La pointe du jour	117 690	116 640	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
Centre de bénévolat de Port-Cartier inc.	191 290	189 637	Maintien à domicile
Centre de bénévolat Manicouagan inc.	166 667	165 241	Maintien à domicile
Centre de dépannage des Nord-Côtiers	2 360	2 339	Personnes démunies
Centre de femmes « l'Étincelle »	189 463	187 773	Centres de femmes
Centre de prévention du suicide Côte-Nord	424 712	420 375	Santé mentale
Centre des femmes de Forestville	189 455	187 765	Centres de femmes
Centre d'intervention Le Rond-Point	122 839	121 743	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Centre femmes aux 4 Vents	189 454	187 764	Centres de femmes

Organisme	Subvention ($)		Catégorie
	2014-2015	2013-2014	
Centre Le Volet des femmes	189 567	187 876	Centres de femmes
Club des Citoyens Seniors de Chevery	24 829	24 608	Personnes âgées
Club l'Étape Manicouagan	-	12 388	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Comité action jeunesse de Bergeronnes	34 969	34 657	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Sacré-Cœur	34 969	34 657	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse de Tadoussac	17 012	16 860	Maisons de jeunes
Comité action jeunesse des Escoumins	34 969	34 657	Maisons de jeunes
Comité de bénévoles Bergeronnes	5 642	5 592	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Escoumins	5 642	5 592	Maintien à domicile
Comité de bénévoles Sacré-Cœur	5 642	5 592	Maintien à domicile
Comité jeunesse de Sainte-Anne-de-Portneuf	34 147	33 842	Maisons de jeunes
Comptoir alimentaire de Sept-Îles	30 253	28 005	Personnes démunies
Comptoir alimentaire, L'Escale	40 257	28 005	Personnes démunies
CoNVERjaNCE Manicouagan	208 852	206 989	Organismes de justice alternative
Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau	8 756	2 731	Personnes démunies
Éki-Lib Santé Côte-Nord	36 232	35 360	Santé mentale
Espace Côte-Nord	123 436	122 335	Autres ressources jeunesse
Groupe Entre-Amis de Baie-Comeau	63 436	62 870	Déficiences multiples
Homme Aide Manicouagan	118 734	117 675	Autres ressources hommes
Hom'asculin Port-Cartier	61 276	60 729	Autres ressources hommes
Hommes Sept-Îles, Centre d'entraide pour hommes inc.	102 353	101 440	Autres ressources hommes
La Croisée, un organisme de justice alternative	255 822	253 540	Organismes de justice alternative
La Maison des femmes de Sept-Îles	651 634	645 822	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
La Maison des jeunes « La Boîte » de Ragueneau	32 712	32 420	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes de Port-Cartier	111 976	110 977	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes La Relève	94 468	93 625	Maisons de jeunes
La Maison des jeunes Le Spoth de Chute-aux-Outardes	32 712	32 420	Maisons de jeunes
La Maison du Tonnerre	52 844	52 373	Maisons de jeunes
La popote roulante « Les Délices Maisons »	12 480	12 312	Personnes démunies
L'Alliance des femmes	189 457	187 767	Centres de femmes
L'Association canadienne pour la santé mentale Côte-Nord inc.	87 781	86 449	Santé mentale
L'Association des locataires de la résidence Père Méthot	1 204	1 193	Maintien à domicile
L'Association Épilepsie Côte-Nord inc.	22 447	22 247	Déficience physique
L'Âtre de Sept-Îles	307 223	320 234	Santé mentale
Le Comité de bénévoles de Tadoussac	5 700	5 649	Maintien à domicile
Le Créam	39 156	156 625	Santé mentale
Le Module d'épanouissement à la vie de Sept-Îles	34 019	33 716	Déficiences multiples
Le Pivot des Îles inc.	63 437	62 871	Déficiences multiples
Le Répit Daniel Potvin inc.	240 813	238 665	Déficiences multiples
L'Entre-Deux-Tournants	69 858	69 235	Maisons de jeunes
Les Amis du Rayon d'Or	52 707	52 118	Maintien à domicile
Les Girouettes de Chute-aux-Outardes	31 532	31 251	Déficiences multiples
Les Habitations communautaires Le Gîte inc.	34 102	33 249	Santé mentale
L'Espoir de Shelna	148 195	146 873	Déficiences multiples
Maison Anita LeBel	73 677	73 020	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison d'aide et d'hébergement de Fermont inc.	570 201	565 115	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison de transition Baie-Comeau inc.	198 382	196 063	Santé mentale
Maison des femmes de Baie-Comeau	663 864	657 943	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté
Maison des jeunes de Colombier	11 239	11 139	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « La Source » Minganie	78 465	77 765	Maisons de jeunes
Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	39 704	39 350	Maisons de jeunes
Maison des jeunes de Longue-Rive	26 802	26 563	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Authentique	40 932	40 567	Maisons de jeunes
Maison des jeunes l'Entretemps de Forestville	86 113	85 345	Maisons de jeunes
Maison jeunes Gros Mecatina	11 239	11 139	Maisons de jeunes
Maison l'Amie d'Elle inc.	686 269	680 148	Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté

Organisme	Subvention ($)		Catégorie
	2014-2015	2013-2014	
Module d'épanouissement à la vie de Havre-Saint-Pierre	16 547	16 399	Déficiences multiples
Module d'épanouissement à la vie Sacré-Cœur (secteur BEST)	17 866	17 707	Déficiences multiples
Nouveau Regard	-	1 636	Santé mentale
Point de rencontre inc.	190 531	213 874	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Regroupement des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale Côte-Nord	14 299	13 622	Santé mentale
Répit Richelieu	206 556	204 714	Déficiences multiples
Ressource de réinsertion « Le Phare »	35 868	35 548	Santé mentale
Société Alzheimer de la Côte-Nord	89 454	88 537	Personnes âgées
Société canadienne de la sclérose en plaques, section Côte-Nord	14 663	14 532	Déficience physique
Table régionale des organismes communautaires de la Côte-Nord	97 710	96 838	Concertation et consultation générale
Transit Sept-Îles	83 067	90 765	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Unité Domrémy de Baie-Comeau inc.	35 030	34 718	Alcoolisme, toxicomanie et autres dépendances
Vers l'âge Senior inc.	179 481	177 880	Maintien à domicile
MONTANT VERSÉ AUX ORGANISMES	**10 303 070**	**10 355 448**	
NOMBRE TOTAL D'ORGANISMES SOUTENUS	**98**	**99**	

LES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES

RESSOURCES INTERMÉDIAIRES ET RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (RI-RTF)

Au 31 mars 2015, le réseau nord-côtier de RI-RTF se répartit comme suit :

Pour accueillir les jeunes de 18 ans et moins :

- 92 ressources de type familial pour un total de 188 enfants;
- Présentement, 157 enfants sont placés.

Pour recevoir les adultes et les aînés :

- 55 résidences d'accueil dénombrant 214 places;
- 28 ressources intermédiaires disposant de 264 places.

Des projets pour des places en ressources intermédiaires sont présentement en développement pour le réseau nord-côtier afin, notamment, de bonifier l'offre de service.

RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES (RPA)

Notre région compte actuellement six résidences certifiées sur l'ensemble du territoire. Ce sont 494 unités d'hébergement qui répondent aux besoins grandissants de l'ensemble des personnes âgées.

Présentement, des promoteurs sont à analyser les opportunités pour augmenter le nombre d'unités locatives.

LES RESSOURCES HUMAINES

DISPONIBILITÉ ET UTILISATION OPTIMALE DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU RÉSEAU

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	5.1.3	Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.4	Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail
	5.1.5	Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6	Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
3.08	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100 %	100 %	100 %
3.09	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	87,5 %	100 %	0 %
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	8,31 %	7,5 %	7,79 %
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	5,37 %	4,22 %	4,99 %
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	7,91 %	2,9 %	7,71 %
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	3,12 %	1,43 %	2,71 %
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	2,34 %	0,35 %	3,83 %
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	0 %	3,12 %	1,43 %

Commentaires

Plusieurs problématiques ont été identifiées en lien avec la main-d'œuvre depuis les dernières années. En effet, les indicateurs qui réfèrent au recours à la main-d'œuvre indépendante, aux heures supplémentaires et à l'assurance salaire témoignent des difficultés reliées à la présence au travail. La région maintient aussi des taux de roulement de personnel relativement élevés et des taux plutôt bas de salariés ayant moins de deux ans d'ancienneté. Enfin, pour plusieurs titres d'emploi, la région est affectée par la rareté des ressources au plan provincial (ex. : physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens).

Depuis deux ans, les établissements de la région sont mobilisés par un « leadership » régional autour de stratégies d'attraction et de rétention communes, lesquelles commencent à avoir un impact positif sur les cibles.

RÉTENTION ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

	Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
3.14	Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	56 %	100 %	75 %
3.13	Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	25 %	25 %	0 %
3.01	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	8,03 %	7,5 %	8,03 %
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique - Volet préceptorat	57 %	100 %	57 %

Commentaires
Voir les commentaires de la fiche « Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau ».

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE (PMO)

Le réseau de la santé et des services sociaux de la région compte actuellement 3 611 employés et embauche en moyenne 730 personnes par année. Compte tenu des besoins en santé et services sociaux de la population et des départs à la retraite, nous devons recruter du personnel dans toutes les catégories d'emploi, que ce soit du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, paratechnique, services auxiliaires et métiers, de bureau, techniciens et professionnels de l'administration, de la santé et des services sociaux ainsi que du personnel d'encadrement.

Sur l'ensemble des employés des établissements, 14 % ont plus de 55 ans (vulnérabilité retraite) et 32 % ont moins de 35 ans et sont susceptibles de s'absenter pour des congés de maternité ou parentaux. D'ici les trois prochaines années, environ 1 941 départs sont projetés (incluant les départs à la retraite et tous les mouvements de main-d'œuvre), ce qui représente 53 % de l'effectif qui sera à renouveler.

Les titres d'emploi à l'étude par le MSSS qui sont considérés en difficulté de recrutement sont : audiologiste, ergothérapeute, infirmière, infirmière auxiliaire, inhalothérapeute, orthophoniste, pharmacien d'établissement, physiothérapeute, préposé aux bénéficiaires, psychologue, technologiste médical et travailleur social. Dans la région, les mêmes titres d'emploi sont difficiles à pourvoir, de même que les postes suivants : agent de relations humaines, employés de métier, éducateurs spécialisés et personnel de secrétariat.

Afin de relever le défi de la planification de la main-d'œuvre, un plan d'action régional en PMO 2013-2016 a été élaboré en collaboration avec les différents acteurs du réseau. Plusieurs réalisations locales et régionales sont déjà en cours, par exemple :

- Priorisation de dix projets par la Table régionale des ressources humaines (TRRH);
- Adoption d'un plan d'action régional en ressources humaines;
- Début des travaux d'un sous-comité régional PMO;
- Dossier PMO considéré comme prioritaire à la TRRH;
- Financement de l'Agence pour sept projets étudiants d'emplois d'été;

- Obtention du MSSS de sept bourses d'études en région éloignée;
- Soutien et promotion de l'externat;
- Soutien et mise en place de cinq programmes de préceptorat;
- Développement d'une stratégie de promotion régionale;
- Projets locaux pour favoriser l'attraction, le recrutement et la rétention;
- Onze projets d'organisation du travail subventionnés par le MSSS et plusieurs autres projets locaux;
- Première cohorte de finissant au baccalauréat en travail social.

DÉVELOPPEMENT DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

Un comité régional de développement du personnel d'encadrement (CRDPE) coordonne l'ensemble des activités régionales reliées au développement du personnel d'encadrement, dont notamment le Programme de formation à l'intention des cadres (quatre cohortes de nouveaux gestionnaires des différents établissements du réseau de la région).

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Les établissements de santé et de services sociaux de la Côte-Nord sont soucieux de trouver des solutions durables afin de diminuer les taux d'assurance salaire et de prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). En effet, l'augmentation des taux régionaux prive les établissements de ressources humaines ainsi que de moyens financiers importants, ce qui génère des impacts sur les services rendus à la population.

De nombreux efforts ont été déployés dans chaque établissement afin de contrer ces hausses et d'assurer un milieu de travail sain et sécuritaire dans le respect de la personne et de son intégrité, des lois, règlements, politiques, directives et procédures en matière de santé et sécurité au travail.

Plusieurs activités sont réalisées ou en cours de réalisation :

- Dossier prioritaire à la TRRH;
- Soutien d'un expert-conseil en santé et sécurité au travail;
- Début des travaux d'un bureau de santé sous-régional;
- Réalisation d'audits en gestion de l'absentéisme et rapports produits pour chaque établissement.

LES RESSOURCES ET LA SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

La Direction régionale des ressources informationnelles (DRRI) a terminé sa troisième année d'opération avec tous les effectifs des ressources informatiques de la Côte-Nord réunis sous une même direction.

L'ajustement au plan d'organisation effectué l'année dernière a eu les effets escomptés au niveau de l'efficience des activités et de la fluidité des communications.

Sur le plan des effectifs, le poste de coordonnateur régional des opérations a été vacant toute l'année, étant donné la restructuration annoncée dans le réseau. La tâche a donc été assumée par les gestionnaires en poste. La nouvelle organisation de services qui sera mise en place avec la création du CISSS commandera une révision du plan d'organisation en ressources informationnelles.

CENTRE DE SERVICES

Au cours de l'année, les ressources de la DRRI ont traité 22 665 requêtes de services en provenance des utilisateurs et 91 % des requêtes ont été résolues dans les délais convenus.

Également, 11,8 % des utilisateurs ont répondu au sondage de satisfaction à la suite de la résolution de leur requête. Ce pourcentage représente 2 679 réponses. Le taux de satisfaction moyen a représenté 96,1 %.

DOSSIER SANTÉ QUÉBEC (DSQ)

Le DSQ est maintenant accessible dans 100 % des 55 sites déployables de la Côte-Nord. En date du 31 mars 2015, nous avons atteint 94 % de la cible de 757 utilisateurs dans les pharmacies, les GMF, les cliniques médicales et les établissements de la région.

L'ensemble des 17 pharmacies de la région alimente le DSQ depuis mai 2014.

REHAUSSEMENT DES LABORATOIRES

En vue de doter la région d'un système régional des laboratoires et pour permettre l'alimentation du DSQ, un rehaussement du système d'information pour l'ensemble des établissements est en voie d'être complété. Ainsi, les travaux, débutés en juin 2014, se poursuivront pour le CSSS de l'Hématite et devraient se terminer au cours du deuxième trimestre de 2015.

ALIMENTATION DU DSQ

Les travaux pour débuter l'alimentation des laboratoires au DSQ sont commencés depuis novembre 2014. Le projet nécessite le développement d'une interface entre le système d'information des laboratoires et le DSQ. Plusieurs travaux ont dû être exécutés par les ressources des laboratoires ainsi qu'au niveau de l'équipe informatique afin de permettre la mise en production au DSQ.

Depuis le 18 mars 2015, le CSSS de Sept-Îles est en production et alimente le DSQ. Pour les autres établissements, le projet se poursuit et ils alimenteront le DSQ au cours de l'année 2015.

Concernant l'imagerie médicale, une mise à jour majeure du système d'information est requise et est en cours de réalisation pour permettre au RUIS de l'Université Laval de rendre disponible le domaine imagerie de notre région. Pour la Côte-Nord, les travaux de normalisation reprendront en mai 2015.

MIGRATION DES POSTES DE TRAVAIL À WINDOWS 7

Des travaux importants ont eu lieu concernant les postes de travail ayant Windows XP comme système d'exploitation, compte tenu de la fin du soutien technique offert par le manufacturier. Ainsi, près de 1 600 postes informatiques ont dû être remplacés ou rehaussés à la version Windows 7. Au 31 mars 2015, un peu plus de 1 000 postes ont été remplacés, dépendant de leur désuétude, rehaussés ou encore convertis en bureau virtuel lorsque cela était possible.

L'équipe informatique a analysé chaque poste de travail et a procédé aux installations requises pour chacun des utilisateurs.

Bien que ces travaux apportent plusieurs avantages dont l'augmentation de la performance, la mobilité, la normalisation ainsi que le rehaussement des applicatifs bureautiques, la période de changement et d'adaptation au nouvel environnement fut importante pour les utilisateurs.

MISE EN PLACE DU CENTRE DE TRAITEMENT À SEPT-ÎLES

Des travaux de construction majeurs ont eu lieu au cours de l'année afin de mettre en place un nouveau centre de traitement régional, situé à Sept-Îles. Les investissements importants ont permis de mettre aux normes les locaux et les cabinets hébergeant les infrastructures technologiques, tant au niveau électrique, de la climatisation que de la sécurisation des lieux.

REHAUSSEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE LA RADIOLOGIE

Au cours de l'année, des travaux importants ont permis de moderniser les infrastructures et les systèmes d'information en radiologie pour l'ensemble des établissements de la région. Ce projet a permis d'améliorer la performance de l'actif tout en améliorant sa sécurité. Les travaux se sont terminés en mai 2014.

SITES WEB

Les travaux de réalisation des nouveaux sites Web pour chacun des établissements se sont poursuivis au cours de l'année. Le nouveau site Web du CPRCN a été mis en ligne en mai 2014, alors que celui de l'Agence en octobre 2014. De plus, une section carrière a été développée pour faciliter le recrutement du personnel en région.

Le projet initial visait à doter tous les établissements d'un site Web à jour. À l'annonce du projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la région a mis en suspens ces travaux afin de tenir compte de l'éventuelle réorganisation.

REHAUSSEMENT DES LIENS DE TÉLÉCOMMUNICATIONS

À la suite de l'installation de la fibre optique en Basse-Côte-Nord par le fournisseur Telus, des demandes ont été formulées au MSSS afin de rehausser l'ensemble des liens de télécommunications des sites desservant ce territoire. À ce jour, près de 90 %

des points de service ont eu droit à une augmentation importante de leur bande passante qui permet, entre autres, la possibilité d'ajout de systèmes de télésanté, ainsi qu'un accès beaucoup plus rapide et performant aux applications.

La structure des réseaux liant les divers points de service de la région a aussi été modifiée afin de la simplifier, ce qui a comme avantage une circulation plus fluide des informations et une diminution importante du temps-ressource investi sur ces infrastructures.

SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

La sensibilisation et la formation des utilisateurs aux bonnes pratiques en sécurité de l'information sont toujours une priorité. L'officier de sécurité régional s'assure que les mesures de sécurité sont respectées au niveau des utilisateurs de la région ainsi que lors de la réalisation des projets régionaux.

Aucun incident majeur n'est à signaler pour l'année se terminant au 31 mars 2015.

LA SÉCURITÉ CIVILE - MISSION SANTÉ

Une vingtaine d'événements ont nécessité le déploiement des mesures d'urgence à l'Agence et dans les établissements l'an dernier. Rupture de la route 138, feux de forêt exigeant une évacuation préventive à Kawawachikamach, pannes de télécommunications, fuite de chlore, déraillement de train, déversement de matières dangereuses sur la route et fermeture complète de l'aéroport de Havre-Saint-Pierre pendant quelques semaines à l'été 2014 pour des travaux de réfection majeurs, sont parmi les événements qui ont mobilisé les responsables de la sécurité civile de la région au cours de l'année sans compter tous les travaux de préparation à un éventuel cas d'Ebola. Tous ces événements nécessitent que le réseau de la santé soit bien préparé à intervenir que ce soit sur le plan de la santé physique ou du volet psychosocial.

L'année 2014-2015 a surtout été marquée par les préparatifs pour la maladie à virus Ebola (MVE). Tous les acteurs en sécurité civile du réseau nord-côtier se sont mobilisés, des équipements de protection ont été achetés, des exercices ont été tenus, les employés sensibilisés, etc. De tels événements, même si nous n'avons reçu aucun cas, nous permettent tout de même de « tester » nos systèmes d'intervention en cas d'urgence infectieuse. En collaboration avec la Direction de santé publique, nous avons également fait une présentation à l'organisation régionale de sécurité civile (ORSC) de la Côte-Nord sur les risques de l'Ebola et le niveau de préparation de notre réseau. Aucune formation psychosociale des intervenants sur le terrain n'a eu lieu cette année pour toutes sortes de circonstances. Toutefois, il est déjà prévu que cette formation soit offerte en Minganie et à Baie-Comeau au cours de l'année 2015-2016.

En raison des modifications majeures dans la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux survenus en 2014-2015, la coordination de la sécurité civile sera gérée par une nouvelle équipe sur la Côte-Nord. De nombreux défis sont à venir l'an prochain, notamment la formation sur la nouvelle mission santé, la formation et l'implantation du nouveau *Guide de décontamination des personnes en centre hospitalier*, et le début des travaux de mise à jour du plan régional de sécurité civile. Quant au projet de gestion des risques industriels majeurs, il se poursuit sous la supervision de la Direction de santé publique. Toutes ces actions visent à mieux préparer le réseau à intervenir en cas de sinistre majeur.

LES COMMUNICATIONS

L'Agence s'assure, sur une base régulière, de transmettre de l'information à la population, au réseau régional de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ses différents partenaires. Le Service des communications répond aux demandes des médias et facilite l'accès à l'information avec un souci constant de transparence. En 2014-2015, plus de 70 entrevues ont été accordées aux journalistes sur divers sujets d'actualité. Des conférences de presse et des communiqués ont également permis d'informer le public.

Parmi les activités qui ont mobilisé le Service des communications, voici les principales réalisations :

- Collaboration à la diffusion du rapport du groupe de travail sur l'uranium.
- Organisation d'une conférence de presse pour dévoiler les conclusions du rapport relatif à l'éclosion de conjonctivite survenue à Baie-Comeau au début de l'année 2014.
- Analyse de la couverture de presse de l'Agence et des établissements, afin de mesurer la présence dans les médias du réseau régional et la représentativité des porte-paroles, d'identifier les principaux thèmes abordés et d'évaluer le traitement accordé par les différents médias présents dans la région.
- Production et diffusion de quatre numéros des *Échos du conseil* aux partenaires de l'Agence, de même qu'aux médias pour informer la population des décisions prises par le conseil d'administration.
- Collaboration à la production et à la rédaction de bulletins de santé publique.
- Diffusion de dizaines d'outils promotionnels, en provenance du MSSS ou produits par l'Agence, dans le réseau et parmi la population, sur divers sujets, tels que la promotion des carrières en santé et services sociaux, le monoxyde de carbone, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et la vaccination.

LES SERVICES À LA POPULATION

CHAPITRE 2

L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

La LSSSS prévoit la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et les agences de santé et des services sociaux afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes prescrits par la Loi sur l'administration publique.

L'entente de gestion et d'imputabilité entre le MSSS et l'Agence vient soutenir cette dernière dans l'exercice de son rôle principal qui consiste à assurer l'accès et la qualité des services de santé et des services sociaux à toute la population nord-côtière. L'entente permet également d'améliorer l'offre de service à la population par une utilisation optimale des ressources mises à la disposition de la région de la Côte-Nord.

Les cibles de l'entente de gestion et d'imputabilité ont été définies en tenant compte des objectifs ministériels et de leur traduction aux plans régional et local, des budgets régionaux, des projets d'optimisation ainsi que des réalités nord-côtières dans l'organisation des services.

SUIVI DE GESTION ET REDDITION DE COMPTES

La reddition de comptes exigée en lien avec les ententes de gestion et d'imputabilité implique un suivi d'indicateurs qui témoignent, à terme, de l'atteinte ou non des objectifs. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs de l'entente de gestion régionale se retrouvent aux pages suivantes pour chacun des programmes. Pour l'année 2014-2015, voici les grands constats régionaux :

- Au chapitre de la prévention dans le continuum de services, l'objectif quant au pourcentage des pratiques cliniques préventives (PCP) ayant fait l'objet d'activités de soutien a été atteint. La progression de 18,7 % est principalement attribuable à une priorisation des activités du Programme national de santé publique (PNSP) ce qui, en contrepartie, a influencé le pourcentage des activités du PNSP implantées. En effet, une légère diminution est observée à cet égard, depuis le dernier bilan du MSSS.
- Concernant les infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale, les taux témoignent de l'absence de situation problématique dans les deux CSSS concernés par ce suivi.
- En ce qui a trait aux mesures d'accessibilité aux services, on note que la population inscrite auprès d'un médecin de famille a légèrement augmenté (6 %). Cette hausse n'est cependant pas suffisante pour atteindre l'objectif fixé en 2014-2015 (67,9 % c. 73 %). Le bilan en matière d'accès aux chirurgies est, pour sa part, plus que positif car tous les objectifs en matière de pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur des délais ont été atteints. En revanche, la situation est différente en ce qui a trait au pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal (76,4 % c. 90 %) à 28 jours civils. L'écart avec la cible pourrait par contre s'expliquer, du moins en partie, par des petits volumes d'examen, ce qui a un plus grand impact sur les résultats. Enfin, l'atteinte des cibles quant à la durée de séjour à l'urgence demeure difficile. Un suivi quotidien est réalisé et les cas de plus de 48 heures sont documentés.
- L'optimisation des services de soutien à domicile de longue durée progresse également et la cible fixée pour l'année 2014-2015 est atteinte. Plus spécifiquement, de 2009-2010 à 2014-2015, les heures de services professionnels ont augmenté de 36 %, les heures de services rendus par les CSSS de 3,5 %, et celles en lien avec le chèque emploi-service de 10 %. Concernant cette dernière hausse, la décision de bonifier le tarif horaire du chèque emploi-service en octobre 2012 porte fruit. En complément, la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) progresse bien dans l'ensemble des établissements, l'objectif régional a presque été atteint.
- Tout comme l'an passé, la région affiche de bons résultats au regard des demandes traitées selon les délais définis comme standards dans le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique (DP), déficience intellectuelle (DI) ainsi qu'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). La proportion des nouvelles demandes avec un niveau

de priorité urgent, élevé et modéré pour un premier service oscille d'ailleurs autour de l'objectif de 90 %. Un suivi périodique a été fait par l'Agence auprès des CSSS pour s'assurer de la validité des données. Bien qu'on note des améliorations, les travaux se poursuivent afin d'assurer une saisie optimale des données, particulièrement lors du processus d'accueil, évaluation, orientation (AEO).

- En ce qui a trait aux mesures ciblant la main-d'œuvre, les établissements de la région bénéficient toujours du soutien et de l'expertise de l'équipe des ressources humaines de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. En fait, depuis deux ans, les établissements de la région sont mobilisés par un « leadership » régional autour de stratégies d'attraction et de rétention communes, lesquelles commencent à infléchir positivement sur les indicateurs.
- Enfin, plusieurs travaux d'optimisation ont été réalisés ou sont en cours de réalisation en cancérologie, en qualité et sécurité des soins et des services, à la coordination, au financement, aux immobilisations et au budget (ex. : approvisionnement en commun, stratégie d'économie d'eau potable, Plan Nord, sécurité civile), aux services sociaux (ex. : Info-Social, RSIPA, approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier), à l'accès aux services ainsi qu'au regard des technologies de l'information.

L'OPTIMISATION

CANCÉROLOGIE

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR)	Le déploiement des mesures prévues au cadre de référence.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Programme québécois de cancérologie	Entente de service écrite.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Recommandations du Groupe Vigilance pour la sécurité des soins en matière de prévention des chutes et des événements liés à la médication :

Afin de sensibiliser et de favoriser l'implantation, le plan d'action ministériel ainsi que les deux rapports du comité du Groupe Vigilance ont été transmis à tous les établissements nord-côtiers à l'automne 2014.

Un comité intraministériel a été mis en place à cet égard. Ce dernier identifiera les attentes concernant le plan d'action et les activités que le réseau devra entreprendre au cours de la prochaine année financière.

Déclaration des incidents et accidents survenus lors de la prestation de services de santé et de services sociaux (registres locaux et national) :

L'Agence assure un suivi étroit auprès des établissements de la région notamment en transmettant régulièrement aux établissements les données à jour (une photo à une date bien précise) du Registre national des incidents et accidents des services de santé et des services sociaux (RNIASSSS).

De plus, plusieurs suivis ont été faits auprès du CLSC Naskapi afin de l'accompagner et l'inciter à se conformer à l'obligation d'alimenter le RNIASSSS. La situation s'est rétablie en cours d'année 2014-2015.

COORDINATION, FINANCEMENT, IMMOBILISATIONS ET BUDGET

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Approvisionnement en commun	Entente de gestion et d'imputabilité signée.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Mise en oeuvre des phases 1 et 2.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés	Déclaration de services.	N/A
	Rencontres (3 fois/an).	
	Dépôt des priorités d'action et des rapports d'activité.	
Plan Nord	Dépôt d'un plan régional de mise en œuvre.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Sécurité civile	Formulaire GESTRED 908 rempli.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Calendrier des rencontres.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Plan de travail.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Composition de l'instance de coordination en sécurité.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Commentaires

Sécurité civile
L'Agence a tenu des rencontres régulières de planification avec les coordonnateurs locaux des établissements en sécurité civile et avec le comité de planification et d'intervention de l'Agence (COPIN).

De plus, en prévention et en préparation d'un cas possible ou confirmé d'un patient atteint de la maladie à virus Ebola, l'Agence a participé aux conférences téléphoniques tenues par le MSSS. Elle a assuré un suivi étroit auprès des établissements de la région afin de leur fournir tous les outils et les informations nécessaires à cet égard. Une présentation a aussi été faite sur la maladie à virus Ebola aux membres de l'organisation régionale de sécurité civile (ORSC) de la Côte-Nord. De plus, la phase 2 du projet sur les risques industriels majeurs a débuté sous la coordination de la Direction de santé publique.

SERVICES SOCIAUX

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Offre de services sociaux généraux	Déploiement d'un service de consultation téléphonique psychosociale.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Priorité régionale en matière de jeunes et leur famille	Poursuite du déploiement des services, rendre compte de façon spécifique de la mise en œuvre de certains programmes.	☒ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Suivi d'implantation du Plan d'accès.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Ententes de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	Ententes de collaboration entre les établissements.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Programme-services dépendances	Suivi de la mise en place des actions identifiées.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

Commentaires

Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social)
Le service est offert de jour et de soir. La nuit, une garde psychosociale permet le rappel des intervenants pour l'intervention téléphonique.

Plan d'action du chantier Jeunes en difficulté
L'Agence a mis sur pied, en 2012, un vaste chantier pour s'attaquer aux problématiques familiales qui affectent le développement des jeunes. Cet exercice, impliquant les points de service nord-côtiers, a permis de réaliser un manuel d'organisation de projet (MOP) qui identifie les priorités d'action. Ainsi, en 2013-2014, plusieurs rencontres se sont tenues afin de privilégier la mise en place de deux programmes régionaux, soit le Programme d'intervention de crise et le Programme d'intervention en négligence. À ce jour, la rédaction et la validation du Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu sont terminées. La coordination est mise en place et a pris son envol au mois de mars 2015. Pour le Programme d'intervention en négligence, la région nord-côtière a adopté un programme régional au mois d'août 2014. De plus, la plupart des activités de formation prévues dans le cadre de la mise en place de ce programme ont eu lieu. Quelques-unes sont à venir pour le mois de juin 2015. Par ailleurs, la région peut compter sur le soutien d'un agent multiplicateur formé par l'équipe de M. Carl Lacharité de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC)
Un plan d'action régional 2014-2015 du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a été élaboré par l'Agence. Ce plan est repris au niveau local par les gestionnaires d'accès des établissements.

Chaque établissement (CSSS et CR) a déposé à l'Agence un plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité (PLAAC) 2014-2015, ainsi qu'une planification 2015-2017.

Ententes de collaboration entre les établissements en DI-TSA
Une entente concernant l'accès à des services spécialisés en santé mentale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle et un trouble du spectre de l'autisme pour lesquelles un problème de santé mentale est appréhendé ou diagnostiqué a été signée par les directeurs généraux du CPRCN et du CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan, le 4 novembre 2014.

Des ententes sectorielles et intersectorielles sont en cours d'élaboration dans différents territoires de la région. Ces dernières seront précisées au terme des travaux portant sur la démarche TEVA (Transition école - Vie active), sur la trajectoire de services pour les personnes ayant un diagnostic de DI ou un TSA et sur la trajectoire du processus diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 6 ans présentant un retard de développement ou un TSA.

Suivi des actions identifiées en dépendances
Plusieurs actions ont été réalisées, notamment :

- La formation de première ligne pour les CSSS et les partenaires;
- La formation sur les traitements des troubles liés à l'usage d'opioïdes;
- La rédaction du document structurant le continuum de services;
- L'amorce de travaux avec les différentes communautés innues du territoire afin de convenir d'ententes de collaboration en santé mentale et en dépendances;
- Le soutien du projet pilote entre le CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et le CPRCN, qui permet le repérage, le dépistage et la référence des usagers de l'urgence et des services préopératoires qui le requièrent vers les services requis en matière de dépendances.

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Soutien à l'autonomie - L'évaluation des besoins pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	État de situation.	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Soutien à l'autonomie - L'élaboration des plans de services pour tous les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée	État de situation.	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Soutien à l'autonomie - L'évaluation des besoins pour tous les usagers hébergés en CHSLD public en CSSS et hors CSSS	État de situation.	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Optimisation en soutien à domicile	Bilan de la mise en œuvre de son plan d'action.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	Résultats de l'implantation des RSIPA transmis.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	Résultat de l'implantation des composantes de l'approche adaptée transmis.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
CHSLD	État de situation.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

Commentaires

Soutien à l'autonomie
Le Ministère a annulé l'exigence de déposer un état de situation qualitatif au 31 mai concernant l'évaluation des besoins et l'élaboration de plans de services pour les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée en DP-DI-TSA et en soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), de même que pour l'évaluation des besoins des usagers hébergés en CHSLD. Le suivi sera réalisé avec les établissements (CISSS) à la suite de la reddition de comptes du 31 mars 2015 et du 30 juin 2015 par le MSSS.

SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
L'accès aux services spécialisés	Déposer un plan de travail.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Mise à jour du plan de travail.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Suivi par conférence téléphonique.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale Les services aux jeunes	Une équipe complète de première ligne mise en place.	☒ Réalisé * ☐ En cours de réalisation
	État de situation.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
L'accès aux services de santé mentale Les services aux adultes	Une équipe complète de première ligne mise en place.	☐ Réalisé ** ☐ En cours de réalisation
	État de situation.	☐ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Plan d'affaires en santé mentale (PASM)	Plan d'affaires selon le gabarit fourni par le MSSS (Reporté de l'entente de gestion et d'imputabilité 2013-2014).	☐ Réalisé *** ☐ En cours de réalisation
Accès aux services de première ligne	Soumettre des recommandations d'accréditation et de renouvellement; S'assurer de la conformité du répertoire des ressources.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

Commentaires

* L'accès aux services de santé mentale destinés aux jeunes est offert par les équipes Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ).

** Plusieurs CSSS de milieux ruraux ne possèdent pas les ressources humaines en nombre suffisant. Les deux CSSS, situés en zone plus urbaine, présentent une organisation des ressources humaines en santé mentale historique ne correspondant pas au cadre de référence du Plan d'affaires en santé mentale (PASM) 2005-2010.

*** Ces travaux ne sont plus exigés par le MSSS.

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Info-Santé	Rapport selon le gabarit fourni par le MSSS.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Continuum de services en cardiologie	Plans d'action locaux et régionaux élaborés ou mis à jour.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	Plans d'action locaux et régionaux.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation
Soins palliatifs de fin de vie	Mettre à jour votre Plan régional d'organisation de services en soins palliatifs et de fin de vie.	☐ Réalisé ☒ En cours de réalisation

TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Dossier Santé Québec	État de situation – Formulaire GESTRED.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Dossier clinique informatisé	État de situation – Formulaire GESTRED.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Dossier médical électronique	État de situation – Formulaire GESTRED.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	Transmission des Planifications triennales des projets et activités en ressources informationnelles.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des Programmations annuelles des projets et activités en ressources informationnelles.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des Bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
	Transmission des États de santé des projets.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Priorité	Résultat 2014-2015	État d'avancement des travaux
Mise en place d'une gouvernance régionale, ou suprarégionale, des ressources informationnelles	Plan de mise en place d'une gouvernance.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Introduction de l'architecture d'intégration technologique cible	État de situation – Actifs+ Réseau.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Bilan annuel en sécurité de l'information	Bilan annuel.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation
Participation au Réseau d'alerte	Compléter les documents envoyés par le MSSS.	☒ Réalisé ☐ En cours de réalisation

Ligne Info-Social

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins	87,3 %	90 %	93,6 %

Commentaires

Le nombre d'appels à Info-Social est en constante augmentation. Divers motifs de consultations sont observés : demandes d'information sur les ressources et les services disponibles, difficultés d'adaptation sociale, problèmes de dépendances, difficultés de couple ou familiale, santé mentale, idées suicidaires ou homicidaires, violence, agression sexuelle, problèmes reliés au travail et socioéconomique.

La centrale Info-Social régionale rencontre les standards d'accès exigés par le MSSS. En termes d'accessibilité géographique, ce service est déployé en Côte-Nord depuis de nombreuses années. À l'égard de l'accessibilité professionnelle, le MSSS vise que 90 % des appels doivent obtenir une réponse dans un délai de quatre minutes ou moins, ce que l'équipe d'Info-Social a atteint. L'accessibilité temporelle souhaitée est un service de consultation téléphonique 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Dans la région, un système de garde permet la réponse téléphonique la nuit.

Le service Info-Social 8-1-1 procure à la population un accès téléphonique rapide, continu et direct à une consultation psychosociale 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il comprend des activités d'intervention psychosociale, des activités psychosociales en contexte de sécurité civile et des activités de soutien aux intervenants. Info-Social permet quatre types d'intervention :

- Intervention de type information;
- Intervention de type prévention-éducation;
- Intervention de type crise;
- Consultation téléphonique psychosociale en contexte de sécurité civile.

Dans la région, Info-Social assume également le service d'accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) pour certains clients en provenance de l'ensemble des territoires de la région.

Au cours de l'année 2014-2015, le service Info-Social a reçu 3 892 appels. De ce nombre, 979 ont été faits en contexte d'urgence sociale pour la Direction de la protection de la jeunesse. Les intervenants ont fait 167 AAOR.

Effectifs médicaux

MÉDECINE DE FAMILLE

Au 31 mars 2015, on recensait, dans la région de la Côte-Nord, 139 médecins de famille dont 117 qui pratiquent en établissement de santé et 22 médecins ayant une pratique exclusive en clinique privée. En considérant l'attrition, il s'agit d'un ajout net de deux médecins de famille par rapport à l'année précédente.

Pour l'année 2014, le PREM en médecine de famille autorisait la région à recruter quinze nouveaux médecins. Au cours de cette période, quatorze médecins de famille ont obtenu un avis de conformité. De ce nombre, six sont des boursiers en région qui ont été désignés par le ministre pour œuvrer dans l'un des établissements nord-côtiers. À la fin de l'année, la région a atteint 93 % de son objectif de croissance.

Bien que le nombre de médecins de famille augmente annuellement depuis 2010, la situation au regard des effectifs médicaux demeure fragile. Au cours de l'année 2014-2015, plusieurs établissements de la région ont eu recours, sur une base régulière, au mécanisme de dépannage afin d'éviter les ruptures de service, notamment aux services d'urgence et d'hospitalisation.

Tableau 9 : Évolution des effectifs médicaux - Médecine de famille

Établissement	PEM autorisé 2015**	Médecin en poste au 31 mars						% atteint au PEM	Ajout net	État situation
		2010	2011	2012	2013	2014	2015			
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (Les Escoumins)	11	8	8	9	9	12	12	109 %	0	M
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (Forestville)	9	4	5	5	6	7	9	100 %	2	A
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (Baie-Comeau)	38	26	28	31	35	35	36	95 %	1	A
▪ Volet hospitalier	35	25	26	29	33	33	35			
▪ Volet CLSC	3	1	2	2	2	2	1			
CSSS de Port-Cartier	11	5	6	7	7	7	9	82 %	2	A
CSSS de Sept-Îles	34	24	23	23	24	22	24	71 %	2	A
▪ Volet hospitalier	32	23	22	22	23	21	23			
▪ Volet CLSC	2	1	1	1	1	1	1			
CSSS de la Minganie	12	9	12	12	10	10	9	75 %	-1	D
CSSS de la Basse-Côte-Nord	10	12	10	12	9	10	10	100 %	0	M
CSSS de l'Hématite	7	8	8	6	8	8	4	57 %	-4	D
CLSC Naskapi	3	4	4	4	4	4	4	133 %	0	M
TOTAL	**135**	**100***	**104***	**109***	**112***	**115***	**117***	**87 %**	**2**	**A**

* Ce nombre inclut des médecins qui pratiquent à demi-temps, mais qui sont comptabilisés comme un effectif.

** Certains CSSS bénéficient de dérogation et peuvent recruter en sus du plan d'effectifs médicaux (PEM) autorisé.

A : amélioration M : maintien D : détérioration

MÉDECINE SPÉCIALISÉE

Le PREM 2015 de la Côte-Nord, en médecine spécialisée, compte 100 postes. De ce nombre, cinq postes font partie de « l'enveloppe régionale » et visent à desservir la population de l'ensemble du territoire. Au 31 mars 2015, on recensait 65 médecins spécialistes qui pratiquaient dans l'un des établissements à vocation sous-régionale de la région.

La situation est stable au regard du nombre de médecins spécialistes en place dans la région. Toutefois, certaines spécialités demeurent touchées par la pénurie d'effectifs médicaux notamment en anatomopathologie, en dermatologie, en neurologie, en ophtalmologie, en psychiatrie, en radiologie diagnostique et en urologie.

Pour offrir à la population le plus de services spécialisés possible, les établissements ont eu recours à la télésanté ainsi qu'au mécanisme de soutien ou de remplacement en médecine spécialisée. Lorsqu'un service n'est pas offert dans la région ou en l'absence de médecins spécialistes, les établissements doivent référer la clientèle à l'extérieur de la région.

Tableau 10 : Évolution des effectifs médicaux - Médecine spécialisée

Établissement	PEM autorisé 2015	Médecin en poste au 31 mars						% atteint au PEM	Ajout net	État situation
		2010	2011	2012	2013	2014	2015			
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (Baie-Comeau)	46	17	19	22	23	27	26	57 %	-1	D (↓ 3 %)
CSSS de Sept-Îles	49	34	34	38	37	39	39	80 %	0	M
Postes régionaux	5	0	0	0	0	0	0		0	M
TOTAL	**100***	**51**	**53**	**60**	**60**	**66**	**65**	**65 %**	**-1**	**D (↓ 1 %)**

* Ce chiffre inclut les postes dont les spécialités sont contenues dans l'enveloppe régionale, soit la gastro-entérologie (un poste), la néphrologie (deux postes), la rhumatologie (un poste) et la chirurgie plastique (un poste).

A : amélioration M : maintien D : détérioration ↑ : augmentation ↓ : diminution

Services offerts en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle

VIOLENCE CONJUGALE

Violence dans les relations amoureuses chez les jeunes

En corrélation avec l'étude réalisée par l'INSPQ, *Violence conjugale dans la région de la Côte-Nord – Ampleur du problème, facteurs explicatifs et pistes d'intervention*, nous avons élaboré une stratégie afin de faire de la prévention précoce auprès des jeunes, relativement à la violence dans les relations amoureuses. Dans le rapport de l'INSPQ, la pertinence de miser sur ce type de prévention et de sensibilisation était mise en exergue parmi les actions jugées très efficaces et adaptées à la région.

La Direction de santé publique s'est donc procurée 35 trousses d'intervention sur les relations amoureuses destinées aux jeunes. Ces trousses offrent, entre autres, un cahier d'animation plus spécifique intitulé, *Premières amours et violence*. On prévoit donc réaliser, à l'automne 2015, une démarche d'information et de promotion pour mieux faire connaître les résultats de l'étude et le phénomène de violence dans la région, auprès de divers partenaires et des intervenants associés à l'Approche École en santé. Les trousses *Premières amours et violence* constituent un outil intéressant pour aborder plus spécifiquement cette problématique et réduire les comportements violents dans les relations amoureuses chez les adolescents.

Violence dans les relations amoureuses chez les adultes

Une deuxième entente avec l'INSPQ a été conclue, en mars 2015, dans le prolongement de l'étude *Violence conjugale dans la région de la Côte-Nord – ampleur du problème, facteurs explicatifs et pistes d'intervention*, réalisée en 2011. Cette collaboration vise le développement d'une stratégie régionale et d'une approche ciblée, afin d'agir efficacement sur les normes sociales et de promouvoir des relations amoureuses, conjugales et sociales exemptes de violence.

Une entente a également été signée avec un organisme communautaire de la Côte-Nord, Homme Aide Manicouagan, pour s'associer à ce projet. L'expérience-terrain de cet organisme contribuera à l'élaboration de la stratégie, au déploiement du projet pilote et à l'évaluation de celui-ci avec les différents partenaires, tout en permettant, d'autre part, de bien cibler et de rejoindre la clientèle visée.

De plus, l'Agence a octroyé, en 2014-2015, un appui financier d'un montant global de 12 500 $, afin de contribuer au fonctionnement de chacune des cinq tables locales en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle dans la région.

AGRESSION SEXUELLE

Pour une deuxième année et dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité entre l'Agence et les établissements, un bilan annuel relatif à la prestation de l'offre de service auprès des victimes d'agression sexuelle a été demandé aux CSSS.

Par ailleurs, deux nouvelles plages de formation, d'une durée d'une journée, ont été offertes à Sept-Îles, en juin et en octobre 2014, afin de bonifier l'offre de service auprès des victimes d'agression sexuelle. Ces formations ont permis de joindre 17 participants. Au cours des cinq dernières années dans l'ensemble du territoire, 293 personnes ont pu bénéficier d'une journée de formation en matière d'intervention auprès des victimes d'agression sexuelle. Ces formations visaient l'amélioration et l'ajustement des services pour favoriser et assurer une réponse appropriée auprès de toutes les clientèles concernées, ainsi qu'un accompagnement d'urgence. Actuellement, les protocoles des services de santé destinés aux victimes d'agression sexuelle (centres désignés et intervention médicosociale) sont mis à jour et adoptés pour cinq territoires de MRC dans la région.

Dans une perspective de prévention et de soutien aux interventions de première ligne auprès des personnes à risque de récidive d'agression sexuelle ou à risque d'un premier passage à l'acte, trois sessions de formation d'une durée de deux jours ont été réalisées en Côte-Nord. Ces sessions de formation étaient destinées aux intervenants en CSSS, au CPRCN et aux partenaires du réseau de la santé qui ont à intervenir auprès de cette clientèle. Ces formations ont permis de joindre, en cours d'année, 70 participants de Baie-Comeau, Sept-Îles et Blanc-Sablon. Ces activités avaient pour objectif le soutien et le transfert de connaissance, ainsi qu'une meilleure compréhension de la problématique et des normes et standards de pratique pour l'intervention auprès de cette clientèle.

Enfin, un montant de 12 750 $ a été accordé au CALACS Sept-Îles pour soutenir un projet permettant le développement de services à Port-Cartier et à Havre-Saint-Pierre.

LA SANTÉ PHYSIQUE

Services d'urgence

Fiche de reddition de comptes 2014-2015	
Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière (plusieurs mesures du plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif)

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	22 %	<10 %	23 %
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	9 %	0 %	9 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	17 heures	<12 heures	17 heures

Commentaires
Un suivi quotidien est réalisé auprès des CSSS de la région nord-côtière et les cas de plus de 48 heures sont documentés.

Comité régional de traumatologie

Le comité régional de traumatologie est un comité qui relève de l'Agence et qui s'adresse aux intervenants régionaux concernés par la traumatologie.

La composition du comité est la suivante :

- Un médecin-conseil expert en traumatologie (président);
- Un représentant de chacun des centres désignés par le réseau québécois de traumatologie sur la Côte-Nord : CSSS de Sept-Îles (centre secondaire), CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan (centre primaire), CSSS de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite (services de stabilisation médicale);
- Un représentant des services de réadaptation du CPRCN;
- Le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique;
- La directrice médicale régionale des services préhospitaliers d'urgence de l'Agence;
- Les professionnels responsables des dossiers traumatologie, services de réadaptation et prévention-promotion de l'Agence.

Les mandats du comité régional de traumatologie sont :

- Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et élaborer un programme régional de traumatologie pour les personnes ayant subi un traumatisme;
- Superviser l'implantation et assurer le suivi du Programme régional de traumatologie (préhospitalier, hospitalier, réadaptation et soutien à l'intégration);
- Voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services régionaux et interrégionaux;
- S'assurer de l'existence de protocoles de transfert requis;
- S'assurer de la mise en place de processus d'assurance de la qualité des soins et de l'accessibilité à toute la population de la région;

- Veiller à ce que les établissements désignés dispensent des soins de qualité à la population de leur territoire, selon les exigences formulées par le groupe d'experts pour la désignation du niveau de soins;
- Recevoir et assurer le suivi des recommandations des équipes du groupe-conseil de traumatologie, en vue de la désignation des établissements par le MSSS;
- Contribuer à la planification de certains éléments du continuum, à l'élaboration de programmes spécifiques, par exemple le suivi de la mise en place d'un registre des traumatismes dans les établissements désignés, et à leur application;
- Assurer la promotion du développement du Programme régional de traumatologie;
- Assurer un rôle-conseil auprès de l'Agence.

En 2014-2015, le comité a tenu cinq rencontres.

Infirmières praticiennes spécialisées

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
3.07	Nombre d'IPS en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	2	3	2

Commentaires
Les services d'IPS en soins de première ligne ont été implantés sur la Côte-Nord. À la période 13, la région compte deux IPS titularisées qui offrent des services de première ligne au GMF Vents et marées de Sept-Îles (1 589 heures) et à l'Unité de médecine familiale (1 526 heures) du CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan. Une stagiaire IPS est à l'UMF depuis le 5 janvier 2015.

Chirurgie

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	3.1.3	Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois
	3.1.4	Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis
	3.1.5	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.09.20.00 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour l'ensemble des chirurgies	94,5 %	90 %	94,6 %
1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	88,1 %	90 %	93,8 %
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	86,1 %	90 %	93,9 %
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	95,3 %	90 %	98,5 %
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	94,8 %	90 %	92,9 %
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	93,2 %	90 %	95 %
1.09.32.01 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour l'ensemble des chirurgies	44	0 demande	73
1.09.32.01 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie de la hanche	0	0 demande	0
1.09.32.02 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie du genou	2	0 demande	0
1.09.32.03 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	0	0 demande	1
1.09.32.04 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	34	0 demande	63
1.09.32.05 Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	8	0 demande	9
1.09.33.01 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	79,4 %	90 %	76,4 %
1.09.33.02 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	95,4 %	100 %	100 %

Commentaires

Indicateur 1.09.20
Les cibles ministérielles concernant le pourcentage de demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur des délais ont toutes été atteintes. Globalement, au cours de l'année 2014-2015, la région a amélioré ses délais d'accès comparativement à l'année dernière.

Indicateur 1.09.32
La cible fixée à aucune demande en attente depuis plus d'un an n'a pas été atteinte. C'est principalement au regard de la chirurgie d'un jour que l'on retrouve des demandes en attente depuis plus d'un an. On constate une diminution de l'accès par rapport à l'année 2013-2014. Afin de respecter les délais prescrits par le MSSS, il est attendu que les établissements poursuivent l'épuration des listes d'attentes, que les usagers en attente depuis plus d'un an soient traités en priorité (selon leurs disponibilités et les disponibilités opératoires), que la gestion de la non-disponibilité des usagers soit faite de façon rigoureuse et que les priorités opératoires soient octroyées en fonction des listes d'attente. Des démarches visant à conclure des ententes de services ont également été amorcées pour les spécialités où les délais d'accès sont plus difficiles.

Indicateur 1.09.33
Quant à la cible concernant le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier, elle n'a pas été atteinte. L'écart avec la cible pourrait s'expliquer du fait qu'il s'agit de petits volumes d'examens et que le délai pour la chirurgie oncologique est court, l'impact est grand sur les résultats. Par ailleurs, la région a atteint la cible ministérielle concernant le pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier.

Imagerie médicale

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	6.6.1 Assurer aux personnes inscrites un accès aux services dans un délai de 90 jours ou moins

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
Demandes de services en attente				
1.09.34.01	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	42,2 %	90 %	15,7 %
1.09.34.02	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	39,8%	90 %	50,1 %
1.09.34.03	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	86 %	90 %	60,2 %
1.09.34.04	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	95,8 %	90 %	100 %
1.09.34.05	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	36,5 %	90 %	24,4 %
1.09.34.06	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	81 %	90 %	72,7 %
1.09.34.07	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	22,3 %	90 %	52,3 %
1.09.34.08	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	37,8 %	90 %	61,4 %
1.09.34.09	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	40,3 %	90 %	44,5 %
Lecture des examens				
1.09.35.01	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	61,2 %	90 %	67,3 %
1.09.35.02	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	87,9 %	90 %	66,5 %
1.09.35.03	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	53,8 %	90 %	43,9 %
1.09.35.04	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	97,3 %	90 %	99 %
1.09.35.05	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	99,7 %	90 %	100 %
1.09.35.06	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	99,6 %	90 %	99,5 %
1.09.35.07	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	99,4 %	90 %	99,4 %
1.09.35.08	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	99,2 %	90 %	99,4 %
1.09.35.09	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	79,8 %	90 %	72,9 %

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
Examens réalisés				
1.09.36.01	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	87,6 %	90 %	99,9 %
1.09.36.02	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	91,7 %	90 %	60,6 %
1.09.36.03	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	69,8 %	90 %	88,3 %
09.36.04	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100 %	90 %	99,9 %
1.09.36.05	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	79,1 %	90 %	86,2 %
1.09.36.06	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	91,07 %	90 %	98,6 %
1.09.36.07	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	93,25 %	90 %	89,5 %
1.09.36.08	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries	88,7 %	90 %	91,3 %
1.09.36.09	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	77,3 %	90 %	75,6 %
Transcription et transmission des rapports				
1.09.37.01	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les graphies	44,4 %	90 %	17,4 %
1.09.37.02	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les scopies	87,8 %	90 %	50,2 %
1.09.37.03	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	95,5 %	90 %	81,5 %
1.09.37.04	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	99,4 %	90 %	99,7 %
1.09.37.05	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	100 %	90 %	100 %
1.09.37.06	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les échographies mammaires	91 %	90 %	76,1 %
1.09.37.07	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les autres échographies	89,6 %	90 %	63,3 %
1.09.37.08	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les tomodensitométries	92,1 %	90 %	76,3 %
1.09.37.09	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	91,2 %	90 %	71,4 %

Commentaires
L'offre de service en imagerie médicale est en partie tributaire de la présence de radiologistes. Un des établissements de la région fait face à une pénurie sévère de radiologistes. Ceci fait en sorte que la prestation de services en imagerie médicale est variable d'un établissement à l'autre. Ce facteur jumelé au fait que la région a de petits volumes de demandes influence grandement les résultats obtenus régionalement. Afin d'améliorer l'accès aux services médicaux spécialisés, les établissements ont poursuivi leurs démarches de recrutement médical et ont également amorcé des démarches pour mettre en place diverses pistes de solutions telles que la conclusion d'entente et de corridors de services (intra et extrarégionale) ainsi que le développement de la pratique autonome pour les technologues en imagerie médicale afin qu'ils soient en mesure de réaliser des examens sans la supervision d'un radiologiste. **Indicateur 1.09.34** Au terme de l'année 2014-2015, à l'exception des demandes de services pour les échographies obstétricales, la région n'a pas été en mesure d'atteindre la cible fixée à 90 % des demandes de services en attente traitées à l'intérieur d'un délai de trois mois. Les résultats obtenus au regard de la proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale sont variables selon le type d'examen, mais la majorité des résultats obtenus s'éloigne des résultats attendus. **Indicateur 1.09.35** À l'exception des graphies, scopies, mammographies diagnostiques et résonances magnétiques, les cibles concernant la proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale ont été atteintes. **Indicateur 1.09.36** Dans la région, la proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies, les échographies obstétricales, les échographies mammaires et les tomodensitométries a été traitée à l'intérieur des délais. Les résultats obtenus pour les scopies, les mammographies diagnostiques, les échographies cardiaques, les autres types d'échographies et les résonances magnétiques se rapprochent de la cible ministérielle fixée à 90 % des demandes de services réalisées pour la clientèle élective en imagerie médicale traitée à l'intérieur des délais. Globalement, les résultats obtenus au terme de l'année 2014-2015 sont comparables à ceux obtenus au cours de l'année 2013-2014. **Indicateur 1.09.37** La région a augmenté, au cours de l'année 2014-2015, ses délais de transcription et de transmission des résultats des examens réalisés en imagerie médicale. La région n'a pas atteint la cible quant à la proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins pour les graphies, les scopies, les mammographies diagnostiques, les échographies mammaires, les autres types d'échographies, les tomodensitométries et les résonances magnétiques.

Déplacement des usagers

La politique de subvention pour le déplacement des usagers permet aux résidents de la Côte-Nord d'obtenir des soins et des services qui ne sont pas offerts dans un établissement ou dans la région. Une subvention forfaitaire est versée au citoyen pour les coûts de transport et s'ajoute maintenant un montant forfaitaire pour les repas et l'hébergement dans certaines situations. Ces coûts sont remboursés par les établissements de santé de la région.

Le volume et les coûts de déplacement liés à cette politique sont présentés à l'annexe B.

Groupe de médecine de famille

Fiche de reddition de comptes 2014-2015	
Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.09.25 Nombre total de GMF implantés	4	5	4
1.09.27 Population inscrite auprès d'un médecin de famille	64 %	73 %	67,9 %

Commentaires

L'Unité de médecine familiale (UMF) de Manicouagan est en processus d'accréditation de groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U).

Le modèle d'organisation GMF est le mode de pratique prédominant dans plusieurs secteurs de la Côte-Nord. La collaboration infirmière-médecin, présente en GMF, soutient le groupe de médecins dans la prise en charge et le suivi de la clientèle. Un nouveau cadre de référence pour les GMF est attendu ainsi que pour les UMF, un cadre de gestion des GMF-U.

Les objectifs poursuivis par les GMF sont :

- D'assurer une plus grande accessibilité des services, la prise en charge globale et le suivi des patients inscrits auprès d'un médecin membre d'un GMF;
- De permettre, à moyen terme, à plus de gens d'avoir accès à un médecin de famille;
- D'améliorer la prestation et la qualité des soins médicaux de première ligne ainsi que l'organisation des services de première ligne;
- De développer une plus grande complémentarité des services avec le CSSS;
- De reconnaître et valoriser le rôle du médecin de famille.

Services préhospitaliers d'urgence

En conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, et en tenant compte de la situation géographique et de l'étendue de son territoire, de la densité de la population qui y réside de même que de la disponibilité des technologies, l'Agence est responsable de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) pour la région Côte-Nord.

Ce mandat implique notamment l'attribution de permis et la signature de contrats de services avec les entreprises ambulancières, la coordination de la formation continue et le maintien des compétences des techniciens ambulanciers-paramédics (TAP) et des premiers répondants. L'Agence doit également s'assurer de la qualité des services et maintenir des relations soutenues avec le Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ).

COMITÉ NATIONAL SUR LES SPU

À la suite du dépôt du rapport du Comité national des services préhospitaliers d'urgence en juin 2014, le ministre a instauré un comité de mise en oeuvre qui a pour mandat d'évaluer les nombreuses recommandations émanant du rapport en lien avec une nouvelle gouvernance des SPU. Les conclusions seront connues en juin 2016.

MALADIE À VIRUS EBOLA (MVE)

Dans les préoccupations qui ont retenu notre attention cette année, il y eut l'encadrement et le déploiement des mesures exceptionnelles liées à la MVE. Les services cliniques, administratifs ainsi que l'équipe de formation ont été impliqués de près à toutes les étapes afin que les TAP puissent intervenir de façon efficace et sécuritaire sur les cas potentiels de MVE.

PROJET DE MONITEURS DÉFIBRILLATEURS EXTERNES AUTOMATISÉS - SÛRETÉ DU QUÉBEC (DEA-SQ)

La phase II du projet DEA-SQ a débuté le 24 novembre 2014 sur notre territoire avec la mise en place des appareils dans les véhicules de patrouille. Des statistiques significatives seront disponibles dans la prochaine année. La phase III de ce déploiement s'actualisera ultérieurement, ce qui permettra de couvrir la totalité de la région de la Côte-Nord.

FORMATION DES TAP

Au cours de l'année 2014-2015, plusieurs formations ont été offertes aux TAP par les formateurs dûment autorisés par l'Agence. En tout, 55 jours de 8 heures de formation ont été donnés en plus des blocs de 4 heures de mise à niveau.

- La formation sur l'assistance respiratoire et ventilatoire incluant l'utilisation de l'outil « Oxylator » a été donnée à la totalité des TAP de la Côte-Nord, ce qui a permis l'implantation de l'équipement dans tous les véhicules ambulanciers du territoire.
- Environ 90 % des TAP ont suivi une formation mettant l'emphase sur les aspects légaux et le professionnalisme.
- La formation, qui permettra aux TAP d'effectuer le constat de décès à distance, est terminée dans l'est du territoire. Les TAP de cette zone débuteront l'application de ce nouveau protocole au début du mois de mai.
- La formation sur les risques industriels présents lors d'interventions préhospitalières est terminée dans le secteur est.
- La formation sur l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé pour les agents de la Sûreté du Québec est complétée (phase II).
- Une formation sur les méthodes de protection individuelle a été dispensée à tous les TAP du territoire afin de leur donner les outils nécessaires pour intervenir dans certaines situations spécifiques (ex. : MVE).
- La suite de la formation sur la prise en charge des patients avec des difficultés respiratoires sévères (jours 2 et 3) a débuté.

FORMATION DE MAINTIEN DES COMPÉTENCES DES PREMIERS RÉPONDANTS

En 2014-2015, pour certains services, il a été nécessaire de tenir une formation de maintien des compétences de 60 heures afin de mieux encadrer le contenu des dernières années. Pour les autres services, la formation continue a été maintenue à 12 heures par année.

Ainsi, les premiers répondants des municipalités de Longue-Rive, Tadoussac, Chevery, Harrington Harbour, Tête-à-la-Baleine, Kegaska et St-Augustin ont été formés. Sous peu, les premiers répondants de Port-Menier et Pointe-aux-Outardes suivront.

Une demande a été adressée au MSSS afin d'ajouter deux nouveaux services de premiers répondants, soit pour la ville de Fermont et le Conseil de bande de Pessamit.

PROGRAMME D'ASSURANCE QUALITÉ

Sur un total de 5 941 transports provenant de la population excluant les transports interétablissements, 931 interventions ont été révisées touchant 18 protocoles d'interventions cliniques. Cette révision se réalise dans le cadre du Programme d'assurance qualité afin d'assurer à la population du territoire des services de hauts standards.

De plus, près de 25 interventions nous ont été soumises, soit par la population, les patients ou des intervenants du milieu de la santé ainsi que des employeurs soucieux de la qualité des soins apportés.

Nous avons ciblé les interventions problématiques et mis en place des outils d'apprentissage permettant l'amélioration dans l'application du protocole lors de ces interventions. Le programme d'amélioration de la qualité permet également de traiter les plaintes transmises, soit par le commissaire aux plaintes ou toutes autres personnes déposant par écrit une demande d'analyse d'intervention à l'équipe d'amélioration de la qualité.

Pour l'année 2014-2015, nous avons traité deux plaintes.

Tableau 11 : Nombre de transports ambulanciers sur la Côte-Nord

Entreprise ambulancière	2014-2015	2013-2014
Ambulance Sacré-Cœur inc. (Zone 900 - Sacré-Cœur)	211	190
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 901 - Les Escoumins)	528	538
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 902 - Forestville)	641	650
Ambulances Côte-Nord inc. (Zone 903 - Baie-Comeau)	3 047	2 861
Ambulance Manic inc. (Zone 904 - Manic-5)	19	22
Ambulance Baie-Trinité inc. (Zone 905 - Baie-Trinité)	108	129
Ambulances Porlier inc. (Zone 906 - Port-Cartier)	673	744
Ambulances Porlier inc. (Zone 907 - Sept-Îles)	3 105	2 997
Ambulances Porlier inc. (Zone 909 - Minganie)	706	664
Corporation des services préhospitaliers d'urgence de la BCN (Zone 912 - Blanc-Sablon)	270	327
Ville de Fermont (Zone 914 - Fermont)	183	227
Services ambulanciers Porlier Ltée (Zone 915 - Schefferville)	143	139
TOTAL	**9 634**	**9 488**

Télésanté

Plusieurs projets de télésanté sont déployés dans la région et nous notons une bonne participation des omnipraticiens et des médecins spécialistes.

Voici les activités et les projets en télésanté qui sont présentement en cours sur la Côte-Nord :

- Télépsychiatrie;
- Téléoncologie (tumeurs digestives, thoraciques et du sein);
- Clinique des maladies aortiques;
- Clinique d'immunologie-allergie;
- Plaies complexes;
- Hémodialyse;
- Diverses activités de formation et enseignement médical;
- Réadaptation;
- Téléotorhinolaryngologie (ORL);
- Téléophtalmologie : urgences ophtalmiques et dépistage de la rétinopathie diabétique;
- Téléthrombolyse pour les cas d'accident cérébral vasculaire (ACV);
- Télédermatologie;
- Échocardiographie à distance.

Ces activités et ces projets permettent d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins pour la population nord-côtière. De plus, cela permet de mieux soutenir les cliniciens et, ainsi, favoriser le recrutement et le maintien de la main-d'œuvre.

LE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	64 %	70 %	69,1 %

Commentaires

Organisation	Résultats 2013-2014	Cible 2014-2015	Résultats 2014-2015
CSSS de la Haute-Côte-Nord	64,9 %	70 %	N/D
CSSS de Manicouagan	69,0 %	70 %	70,3 %
CSSS de Port-Cartier	32,1 %	70 %	49,4 %
CSSS de Sept-Îles	71,8 %	70 %	76,8 %
CSSS de la Minganie	73,4 %	70 %	74,9 %
CSSS de la Basse-Côte-Nord	63,2 %	70 %	74,3 %

Note : Le CSSS de l'Hématite n'est pas concerné par cette reddition de comptes considérant le faible taux de personnes âgées sur leur territoire.

Pour l'ensemble des établissements, nous constatons une augmentation du taux d'implantation des composantes RSIPA. Il faut noter que quatre établissements atteignent la cible ministérielle fixée à 70 %.

Le roulement de personnel au CSSS de Port-Cartier, au cours des dernières années, a affecté la performance de ce dernier au regard de l'implantation du RSIPA.

Faits saillants

DÉPLOIEMENT DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE

L'Agence a soutenu les établissements dans la réalisation des actions prioritaires en lien avec le déploiement du système de soutien à l'autonomie.

EXPERT-CONSEIL CONTINUUM SOUTIEN À DOMICILE (SAD) ET SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

L'Agence a soutenu l'embauche, par les CSSS de Sept-Îles et de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan, d'une consultante-experte afin de proposer des actions concrètes à court et à moyen terme permettant d'optimiser le continuum de services SAPA-SAD.

BALUCHON ALZHEIMER

Des représentations ont été effectuées afin que les usagers de la région puissent bénéficier de cette mesure.

PLAN D'ACTION RÉGIONAL SAPA-SAD

Des travaux ont été réalisés de concert avec les directeurs cliniques des établissements afin de convenir d'un plan d'action régional 2014-2018 couvrant les services de soutien à domicile et le soutien à l'autonomie des personnes âgées.

MALTRAITANCE ENVERS LES AÎNÉS

L'Agence a poursuivi l'implantation des mesures prévues dans le plan régional en matière de maltraitance envers les aînés 2012-2015, notamment par les actions suivantes :

- La distribution de dépliants de la ligne Aide Abus Aînés, dont le nombre d'appels en provenance de la Côte-Nord a doublé entre 2012-2013 et 2014-2015;
- Des rencontres auprès de différents partenaires et du public en général pour informer sur la problématique de la maltraitance envers les aînés;
- La réalisation d'un atelier auprès des représentants des tables locales pour aînés concernant les activités à tenir dans le cadre de la Journée internationale visant à contrer la maltraitance envers les aînés;
- Une recension d'outils pour animer la Journée internationale a également été réalisée et distribuée;
- La collaboration au Plan d'action régional pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées.

SYSTÈME RÉGIONAL D'ADMISSION

Les établissements assument la gestion des mécanismes d'accès aux services d'hébergement et l'Agence assure la coordination et les demandes de transferts interrégionaux.

Tableau 12 : Admissions en hébergement de longue durée

2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
172	172	133	176	140

Tableau 13 : Personnes hébergées au 31 mars 2015

Type de ressource	2011	2012	2013	2014	2015
CHSLD	392	406	405	413	394
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	188	211	200	198	210
Formule novatrice d'hébergement	4	6	6	6	6
TOTAL	584	623	611	617	610

Tableau 14 : Personnes en attente d'hébergement au 31 mars 2015

Type de ressource	2011	2012	2013	2014	2015
CHSLD	37	44	46	50	74
Ressource non institutionnelle (RI-RTF)	49	45	42	80	84
TOTAL	86	89	88	130	158

Tableau 15 : Personnes en soins de courte durée en attente d'hébergement de longue durée au 31 mars 2015

2011	2012	2013	2014	2015
31	25	23	32	31

Accès aux services

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile (SAD) de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.03.05.01	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	190 181 heures	193 683 heures	193 727 heures

Commentaires

En 2010-2011, le MSSS avait demandé à toutes les régions du Québec d'optimiser de 10 % les heures de services rendus directement à la clientèle du programme SAD, et ce, à même les ressources matérielles et humaines actuellement disponibles dans les établissements.

Il convient de souligner qu'entre les exercices financiers 2009-2010 et 2014-2015, les heures de services professionnels ont augmenté de 36 %. Pendant cette même période, les heures de services rendus par les CSSS ont progressé de 3,5 % et celles en lien avec le chèque emploi-service ont majoré de 10 %.

Précisons également que la bonification du chèque emploi-service de 2013 contribue à la progression de nos heures.

Les difficultés à combler certains postes affectent l'ensemble des soins à domicile. Nous sommes d'avis que la reconfiguration du réseau permettra sûrement un partage en matière de services à domicile favorisant le maintien le plus longtemps possible des gens à domicile.

LA DÉFICIENCE PHYSIQUE, LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgent : 3 jours • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevé : 30 jours en CSSS et 90 jours en centre de réadaptation (CR) • Pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modéré : 1 an

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.45.45.02	Taux des demandes de services traitées en CSSS, centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE	90,2 %	90 %	93,9 %
1.45.45.03	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	87,9 %	90 %	86,8 %
1.45.45.04	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	88,7 %	90 %	88,6 %

Commentaires

La situation globale quant au respect des délais pour les clientèles toutes déficiences – tous âges – toutes priorités en CSSS, CRDP et CRDI est comparable à l'an passé. Les résultats quant au respect des délais d'accès sont, soit au-dessus ou près de l'atteinte de l'objectif établi à 90 % pour toutes les nouvelles demandes avec un niveau de priorité urgent, élevé et modéré, et ce, pour un premier service.

Un suivi périodique a été fait par l'Agence auprès des CSSS pour s'assurer de la validité des données nécessaires au suivi des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Malgré que des améliorations aient été faites au processus d'accès dans l'ensemble des CSSS, on constate des erreurs de saisie lors du processus d'AEO dans quelques établissements, ce qui explique les écarts défavorables, notamment en déficience physique.

Par ailleurs, on note qu'en centre de réadaptation, les standards d'accès sont respectés globalement pour l'ensemble des nouvelles demandes, tous âges – toutes priorités à 87,8 % en déficience physique et 92,7 % en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme.

L'Agence a déposé au MSSS le bilan des actions réalisées dans le suivi de l'implantation du Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) au 31 mars 2015, ainsi que la planification des résultats visés de 2015 à 2017.

L'appréciation globale du bilan 2014-2015 permet de constater un degré d'implantation avancé des normes d'accès et de continuité pour l'ensemble des établissements, notamment les mécanismes d'accès aux services de première et de deuxième ligne en DI-TSA. La trajectoire régionale de services pour les personnes ayant un diagnostic de déficience intellectuelle (DI) ou un

trouble du spectre de l'autisme (TSA) a été adoptée par la Table régionale des gestionnaires d'accès des établissements et de l'Agence le 21 janvier 2015. Une trajectoire régionale du processus d'évaluation diagnostique pour les enfants âgés de 0 à 6 ans présentant un retard de développement ou un TSA a été élaborée par le comité *ad hoc* de travail sur les trajectoires en DP-DI-TSA ce printemps.

Services spécifiques

Depuis un an, les gestionnaires et les intervenants en DP-DI-TSA des CSSS ont dû adapter leur organisation de travail afin de répondre aux exigences du MSSS dans le projet de déploiement du système de soutien à l'autonomie pour les adultes ayant besoin de services de soutien à domicile de longue durée. Une vaste opération de suivi de l'évaluation des besoins et de la planification de services des usagers suivis en DP, DI-TSA et soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) recevant des services de soutien à domicile, a été réalisée à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC). Un plan des services individualisés et d'allocations de services (PSIAS) a aussi été mené par le MSSS auprès des agences. Des efforts importants ont été exigés, qui méritent d'être reconnus, de la part des intervenants en soutien à domicile dans la formation et l'appropriation de nouveaux outils informatiques en développement.

Services spécialisés

En 2014-2015, 404 usagers présentant une déficience intellectuelle ou un TSA ont reçu des services d'adaptation et de réadaptation avec une intensité de services de 76,94 heures de prestation de services (HPS) en moyenne par usager. Il est à noter que l'indice d'intensité est significativement plus élevé en TSA (93,47 HPS) comparativement à la déficience intellectuelle (67,25 HPS).

En déficience physique, 1 124 usagers ont été desservis et ont reçu en moyenne 32,24 heures de prestation de services.

Orientations régionales

L'Agence a participé à une vaste démarche de consultation menée par la Direction des personnes ayant une déficience du MSSS. Les consultations régionales en DP, DI-TSA menées auprès des établissements du réseau, des partenaires intersectoriels et de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) ont permis de tracer les actions régionales structurantes et prioritaires en déficience pour les prochaines années.

Plusieurs travaux structurants sont en cours de réalisation par la Direction des personnes ayant une déficience du MSSS et sauront soutenir l'évolution du plan d'accès et les stratégies de mise en œuvre d'un réseau de services intégrés. Le comité national a identifié trois dossiers prioritaires en guise de leviers pour le réseau.

- L'offre de service en DP et en DI-TSA, menant à la définition de standards;
- Le rapport sur les activités socioprofessionnelles et communautaires destinées aux personnes âgées de plus de 21 ans ayant une déficience;
- Les actions structurantes issues des bilans des orientations en DP et en DI-TSA.

LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

Faits saillants

CADRE DE RÉFÉRENCE SUR LE PLAN DE SERVICES INDIVIDUALISÉ ET INTERSECTORIEL (PSII)

Une formation d'agents multiplicateurs pour le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que celui de l'éducation a eu lieu en juin 2014.

Le déploiement auprès des intervenants des deux réseaux est à prévoir pour l'automne 2015. Le délai est attribuable, entre autres, à la fermeture du bureau régional du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.

HÉGERGEMENT EN CENTRE DE RÉADAPTATION

L'année 2014-2015 a été marquée par une baisse significative du taux d'occupation des places d'hébergement en centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté. Cette réduction peut s'expliquer, entre autres, par une diminution des signalements retenus, par la diminution des placements de mise sous-garde en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) et par l'ouverture des centres d'hébergement en réadaptation pour les jeunes en difficulté à Uashat-Maliotenam (Mista-An-Auss et Pishimuss).

Cette situation devrait servir à analyser le continuum des services jeunesse (Dépendances, Jeunes en difficulté et Santé mentale) afin de bien orienter la réponse aux besoins des jeunes nord-côtiers.

LES DÉPENDANCES

Services de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	44	56	50

Commentaires

La formation de première ligne a été déployée au cours de l'année au CSSS de la Minganie à la fin de l'automne, au CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan en décembre, au CSSS de Sept-Îles en février et en mars et au CSSS de l'Hématite au début d'avril 2015. Les différents intervenants sont maintenant outillés pour le repérage, le dépistage et la référence. La mise en œuvre du continuum de services en dépendance dans les mois à venir permettra l'amélioration des services de première ligne et des services spécialisés.

Services spécialisés

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisés dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de quinze jours ouvrables ou moins	64 %	80 %	73 %

Commentaires

Des efforts soutenus sont mis en oeuvre afin de respecter le délai d'évaluation. Il est à noter que parfois le délai n'est pas imputable à l'organisation des services, mais est induit par la personne qui demande de l'aide selon ses disponibilités. C'est le cas notamment lorsqu'une personne fait une demande, mais qu'elle est à l'extérieur pour le travail, elle sera donc évaluée au moment qui lui convient.

Faits saillants

Trois formations majeures ont été offertes l'an dernier. D'abord, la formation de première ligne pour les intervenants de CSSS et les partenaires a été déployée sur l'ensemble des territoires à l'exception de celui de la Basse-Côte-Nord. Cette formation a rejoint plus de 80 intervenants issus des CSSS, des organismes communautaires et des centres de santé autochtones. Puis, en septembre 2014, 42 intervenants engagés dans les programmes-services Dépendances, Services sociaux généraux, Jeunes en difficulté et Santé mentale, et plusieurs intervenants du milieu communautaire ont participé à la formation de niveau 1 sur l'entretien motivationnel. Et enfin, en novembre 2014, une formation sur les traitements des troubles liés à l'utilisation des opioïdes a été offerte à Baie-Comeau et à Sept-Îles. Notre région a expérimenté une nouvelle formule mise de l'avant par l'INSPQ. Il s'agit d'un modèle interdisciplinaire où les médecins, les pharmaciens, les infirmières et les intervenants psychosociaux participent à un tronc commun en matinée et à des ateliers distincts selon leur expertise en après-midi. Cette formation, qui a permis de former 59 personnes, était une étape préparatoire au développement de services de ce type dans la région.

Par ailleurs, d'importants travaux ont été entrepris avec les gestionnaires de CSSS responsables du programme-services Dépendances et le CPRCN afin de convenir d'un continuum de services en dépendances pour la région. Ce dernier précise les services à offrir en matière de promotion, de prévention, de repérage, de détection, de services de première ligne, d'évaluation diagnostique, de services spécialisés, de services dans la communauté et de troubles concomitants. Il se veut également un outil de travail pour les gestionnaires et les intervenants. À cet effet, le document prévoit des liens hypertextes qui dirigent les utilisateurs vers les outils identifiés.

LA SANTÉ MENTALE

Services de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire

Indicateur	Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	997	1 250	874

Commentaires

La région Côte-Nord conclut l'exercice financier 2014-2015 avec un résultat de 874 usagers (jeunes et adultes) ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS. La cible prévue de 1 250 usagers n'est donc pas atteinte. C'est 376 (30 %) usagers supplémentaires que le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord, par le biais de ses établissements, devrait avoir vus pour permettre l'atteinte de la cible. Les résultats obtenus pour cet indicateur présentent une grande variabilité d'un établissement à l'autre. En effet, quatre établissements sur sept présentent une atteinte de leur cible de 100 %, il s'agit des CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan, de la Minganie, de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite.

Il faut préciser que deux variables peuvent expliquer les écarts observés par rapport à la cible. D'une part, la pénurie actuelle de main-d'œuvre dans plusieurs champs d'activités professionnelles et, plus particulièrement, la pénurie dans le secteur de la psychologie fragilise l'offre de service en santé mentale pour l'ensemble du territoire nord-côtier. Six postes de psychologue demeurent vacants sur le territoire. Des travaux régionaux sont en cours afin de résoudre les problèmes de recrutement et de rétention de la main-d'œuvre.

D'autre part, les changements apportés à la codification de l'indicateur 1.08.09 dans I-CLSC ne permettent plus, depuis 2010, de mesurer le volume d'activités offertes à la clientèle jeunesse au programme-services Santé mentale. En effet, comme les services de santé mentale jeunesse sont offerts à même les services des équipes Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ), la codification des activités est rattachée à ce centre d'activité et non plus en santé mentale.

Services d'intégration dans la communauté

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	76	130	66

Commentaires

En ce qui concerne les équipes de SIV dans la communauté, le résultat est à mi-chemin de la cible régionale. Les cinq établissements nord-côtiers qui dispensent ce type de service n'ont pas atteint leur cible respective. Il convient de mentionner qu'en l'absence pour la région de services de soutien intensif dans le milieu (SIM), on constate que les équipes de SIV sont aux prises avec de la clientèle beaucoup plus sévère et qui requiert une intensité de services plus importants, ce qui peut avoir un impact sur le nombre de places disponibles ainsi que sur la durée des services rendus. Précisons également que deux établissements nord-côtiers n'enregistrent aucune donnée de SIV, puisque leur organisation de services ne correspond pas à la définition du MSSS pour ces services.

Par ailleurs, la nouvelle obligation décrétée par le MSSS de procéder à l'homologation des équipes de SIM et des équipes de SIV permettra, dès l'automne, une visite en Côte-Nord du Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) afin de procéder à l'évaluation de nos équipes en CSSS, de leur offrir un encadrement des pratiques cliniques, du soutien dans leur offre de service, tout en tenant compte des particularités régionales et des meilleures pratiques cliniques en ce domaine.

Faits saillants

FOYER DE GROUPE EN SANTÉ MENTALE

La ressource « La Traversée » a été officiellement inaugurée en janvier 2015 et vise à répondre au besoin de rétablissement d'une clientèle présentant des troubles graves de santé mentale pouvant être associés à une problématique de dépendances. Cette ressource régionale, de type foyer de groupe, de neuf places constitue un investissement récurrent de 510 000 $. L'Agence a participé avec le CSSS de Sept-Îles à l'élaboration de la programmation clinique de la ressource, axée sur les meilleures pratiques et le rétablissement en santé mentale.

PRÉVENTION DU SUICIDE

Depuis plusieurs années, l'Agence porte une attention particulière à la problématique du suicide, qui demeure très présente sur l'ensemble du territoire. Dans la région, l'expertise en prévention du suicide appartient au Centre de prévention du suicide (CPS) Côte-Nord.

En octobre 2014, le MSSS publiait des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour la ligne d'intervention provinciale en prévention du suicide 1 866 APPELLE. L'objectif général de la ligne est de permettre l'accès continu, rapide et direct à une intervention téléphonique de qualité. Un plan d'action, réalisé en collaboration avec le CPS Côte-Nord, a été déposé au MSSS afin de rendre compte de l'atteinte des standards.

Plusieurs actions concrètes sont en cours en prévention du suicide sur le territoire afin d'agir de façon préventive et en concertation avec les partenaires du milieu.

Le CPS Côte-Nord a été mandaté par l'Agence afin d'offrir différentes formations en prévention du suicide. Voici le bilan des formations offertes sur le territoire de la Côte-Nord :

Tableau 16 : Formations offertes en prévention du suicide

Formation	Provenance	Nombre total de participants
Formation accréditée de 3 jours : Guide des bonnes pratiques	Réseau de la santé	65
	Milieu autochtone	15
	Détention	9
Formation de sentinelles	Agence	8
	Cégep de Sept-Îles	22
	Pénitencier	11
Protocole d'intervention de crise en centre jeunesse et de réadaptation	Réseau de la santé	8
Grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire	Milieu médical	21
Formation de repérage	Milieu autochtone	3

Enfin, l'Agence ainsi que le CPS Côte-Nord offrent leur soutien aux deux comités locaux en prévention du suicide pour les RLS des CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et de Sept-Îles dans la poursuite de leurs activités.

CLIENTÈLE TDAH

L'Agence reconnaît le besoin de soutien des parents de jeunes atteints du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). C'est pourquoi un soutien financier à l'organisme PANDA Manicouagan a été octroyé pour la réalisation d'activités de formation destinées au grand public et aux intervenants du milieu. De même, une somme récurrente de 6 648 $ a été accordée à l'organisme l'Association des parents et amis du malade émotionnel de l'Est de la Côte-Nord inc. (APAME) pour la consolidation de leurs activités destinées à la clientèle TDAH.

LA SANTÉ PUBLIQUE

Prévention et promotion de la santé

En 2014-2015, l'équipe de prévention et promotion de la santé a notamment poursuivi ses travaux, en collaboration avec ses partenaires, afin de consolider et actualiser l'offre de service concertée en matière de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids.

SAINES HABITUDES DE VIE (0-5-30)

Table intersectorielle régionale sur les saines habitudes de vie (TIR-SHV)

En 2014-2015, la TIR-SHV, dont la coordination est assurée par la Direction de santé publique, a débuté la mise en œuvre du plan d'action régional pour la promotion des saines habitudes de vie (SHV) adoptée en juin 2014. Rappelons que ce plan mise sur cinq orientations principales, soit : favoriser l'engagement des décideurs de la région envers les SHV, favoriser le transport actif et sécuritaire, notamment vers l'école, favoriser l'accès à des infrastructures de loisirs et aux milieux naturels, favoriser l'accès à des aliments sains et locaux et, finalement, soutenir les principaux acteurs dans les démarches en SHV.

Des comités de travail spécifiques à chacune de ces orientations ont été mis en place afin d'assurer la réalisation des actions prévues. Voici quelques réalisations qui ont eu lieu en cours d'année :

- Élaboration d'un projet pilote de portrait des environnements favorables aux SHV dans une municipalité;
- Adaptation d'une conférence sur la mobilité durable et le transport actif qui sera présentée sous forme de tournée dans chacune des MRC à l'automne 2015;
- Collaboration avec Tourisme Côte-Nord pour la mise en valeur de sites de plein air et de sentiers pédestres;
- Nouvelles démarches auprès de la Régie des marchés agricoles et alimentaires pour l'élargissement de la réglementation du prix plafond du lait afin que les territoires de la Minganie, de Caniapiscau et de la Basse-Côte-Nord soient désormais inclus;
- Activités de réseautage et de soutien pour les acteurs oeuvrant en SHV dans la région;
- Présentation du plan d'action à plusieurs partenaires concernés par les SHV.

Sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux saines habitudes de vie

L'offre de sessions de sensibilisation sur les environnements favorables aux SHV s'est poursuivie en 2014-2015. Ce projet se déroule sous la coordination de la TIR-SHV et vise à rejoindre des intervenants et des élus provenant de divers secteurs, particulièrement le municipal, les services de garde éducatifs ainsi que les communautés autochtones. Entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015, huit sessions ont été offertes sur tout le territoire et 91 personnes ont ainsi été rencontrées.

Jumelée à la démarche du *Défi Santé 5/30 Équilibre*, une offre de session de sensibilisation a été envoyée aux maires de chacune des municipalités nord-côtières. Un suivi personnalisé a aussi été effectué auprès des municipalités afin de réitérer l'offre et obtenir leur intérêt à recevoir la session de sensibilisation.

Concernant les sessions de sensibilisation destinées aux services de garde éducatifs, une excellente collaboration est présente entre la TIR-SHV et le regroupement des centres de la petite enfance (RCPE) Côte-Nord. Les directeurs généraux de tous les CPE et bureaux coordonnateurs de la Côte-Nord ont reçu l'offre de sessions de sensibilisation.

Finalement, l'offre de sessions de sensibilisation destinées au milieu autochtone se fait en collaboration avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. La formatrice de cette institution collabore également à l'offre de sessions en milieux de garde autochtones.

Tabagisme (0)

Centre d'abandon tabagique (CAT)

Un total de 271 personnes ont bénéficié d'un suivi intensif dans les sept CAT qui desservent la Côte-Nord dans chacun des CSSS.

Prévention

L'orientation régionale vers une prévention du tabagisme axée dans une démarche d'action sociale a été poursuivie. La région a été sélectionnée pour participer à un projet pilote du Conseil québécois sur le tabac et la santé (CQTS) qui a reçu une subvention du MSSS pour accompagner deux régions dans l'implantation de l'*Opération Fais-toi entendre!* Le Forum Jeunesse Côte-Nord soutient financièrement ce projet par une entente de partenariat entre ce dernier, le CQTS et l'Agence. Les actions locales en lien avec les projets de *La gang allumée* se mettront en place pour l'année scolaire 2015-2016.

Réalisation de projets de *La gang allumée*

Le financement accordé aux projets *La gang allumée* a permis de réaliser des activités de prévention du tabagisme auprès des jeunes. Deux projets ont fait l'objet d'une subvention, pour un montant total de 855 $.

Tableau 17 : Projets financés - *La gang allumée*

Territoire de CSSS	Milieu	Subvention 2014-2015 ($)
Manicouagan	Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	355
Sept-Îles	École secondaire Jean-du-Nord	500
	TOTAL	855

De plus, trois activités *Clés en main* du CQTS, développées dans le cadre de *La gang allumée*, ont été déployées dans la région : *Quel est le logo de ta génération?*, *Choisis ton enjeu* et *Partage au suivant.*

Au total, sept milieux ont participé à l'une ou l'autre de ces activités (cinq du milieu scolaire et deux maisons des jeunes).

Campagnes déployées

- Le défi *J'arrête, j'y gagne!* a permis de rejoindre 303 fumeurs qui ont décidé de relever le défi de ne pas fumer pendant 6 semaines, soit du 1er mars au 11 avril 2015. En 2014, le défi avait rejoint 297 fumeurs.
- Campagne *Famille sans fumée 2014* : Cette campagne vise à rappeler l'importance de fumer à l'extérieur, loin des enfants, pour protéger leur santé.
- Campagne de la *Semaine pour un Québec sans tabac* : Son objectif est d'amener la population du Québec à contribuer à la réduction du tabagisme de la province en posant un geste concret.
- Campagne sociétale de prévention du tabagisme chez les jeunes : Le concept général de la campagne, ayant pour slogan *Magane pas tes organes*, repose sur la perception des jeunes à l'égard du tabagisme, qui constitue un déterminant de l'initiation à l'usage du tabac chez les jeunes.

Alimentation (5)

Dans le but de sensibiliser la population nord-côtière à l'importance d'adopter une saine alimentation et de créer des environnements alimentaires favorables à la santé, le service de prévention et promotion de la santé a travaillé sur différents projets.

Défi Santé 5/30 Équilibre

Cette année, 1 820 Nord-Côtiers, comparativement à 2 411 l'an dernier, se sont inscrits à ce défi visant l'adoption de SHV. De plus, 14 municipalités se sont lancées dans l'aventure en participant au volet *Municipalités et familles* du défi, alors qu'elles étaient 11 en 2013-2014. D'ailleurs, pour l'édition 2015, étant donné que les municipalités représentent une clientèle cible importante de plusieurs programmes, il avait été convenu de mettre l'emphase sur le volet *Municipalité* du Défi Santé.

Rallye sur la Côte

En mars 2015, 26 milieux de travail, dont 2 en milieux autochtones, ont participé au *Rallye sur la Côte*. Cette activité vise l'augmentation de la consommation de fruits et légumes et de la pratique d'activités physiques.

Défis *Moi, j'croque* et *Pelure de banane*

Par ces défis, les élèves et membres du personnel des écoles sont invités à consommer un minimum de cinq portions de fruits et légumes chaque jour. Au total, 49 écoles ont participé au défi *Moi, j'croque* (8 de plus que l'an dernier) et 12 au défi *Pelure de banane*. Le déploiement de ces défis est réalisé en partenariat avec le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ), région Côte-Nord.

Cadre de référence

Réseau de la santé :
La mise en application des politiques alimentaires se poursuit dans les établissements du réseau. L'organisation d'une formation pour les cuisiniers est en cours. L'objectif est l'acquisition de connaissances et d'habiletés relatives à l'application de la politique.

Réseau scolaire :

- Un comité de travail mixte impliquant des intervenants du réseau de la santé et du milieu scolaire a été mis sur pied pour élaborer une campagne de sensibilisation aux saines collations à l'école. L'objectif est d'augmenter le nombre de jeunes qui consomment des collations saines à l'école primaire, autant sur le plan de la qualité nutritionnelle que de la santé buccodentaire. La campagne sera déployée sur l'ensemble du territoire pour l'année scolaire 2015-2016.
- Une entente a été signée avec la Commission scolaire de l'Estuaire pour développer une situation d'apprentissage et d'évaluation en alimentation.
- Une activité de transfert de connaissances, soit *Image corporelle positive à l'adolescence* a été dispensée. Une quarantaine de personnes des réseaux de la santé et du scolaire y ont participé.

Réseau de la petite enfance :
Afin d'actualiser son rôle de soutien régional, la Direction de santé publique s'est impliquée à différents degrés :

- Membre du comité de soutien régional;
- Participation aux sessions de mobilisation offertes aux CPE et au bureau coordonnateur;
- Implication à la création et coanimation de la Table des responsables de l'alimentation dans les CPE;
- Organisation de sessions d'information pour les intervenants locaux, dont deux rencontres spécifiques au volet alimentation pour les nutritionnistes;
- Acquisition du programme *Qu'est-ce qu'on mange?*

Sécurité alimentaire

Un appel de projets a été réalisé permettant de soutenir 14 initiatives pour un montant total de 94 552 $ (voir tableau ci-après). Ces projets visent à favoriser la sécurité alimentaire des communautés, tel que le prévoit le Programme de santé publique.

Tableau 18 : Projets financés - Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire

Territoire de CSSS	Projet 2014-2015	Promoteur	Montant accordé ($)
Haute-Côte-Nord	Nourris ton cerveau	Centre d'action bénévole Le Nordest	6 000
Manicouagan	PARALIMENTATION - Donner du pouvoir aux familles	Carrefour Familial de Chute-aux-Outardes	16 000
	L'héritage culinaire	Centre communautaire pour les aînés de Ragueneau inc.	3 191
	Cuisine ta semaine	Maison des familles de Baie-Comeau	6 645
	Collation farfelue	Maison des jeunes « Le S.Q.U.A.T. »	2 051
	Cuisine collective de Godbout	Municipalité de Godbout	7 104
Port-Cartier	Partage alimentaire	Maison de la famille de Port-Cartier (Le Chemin de l'Espoir)	8 315
Sept-Îles	À vos casseroles!	Chantiers Jeunesse Loisirs	8 700
Minganie	Projet alimentaire, deux volets - Continuité	La Maison du Tonnerre	7 000
Basse-Côte-Nord	Vegetable garden boxes for seniors	Association des Coasters	3 000
	Expansion of Meals on Wheels program	Club des Citoyens Seniors de Chevery	6 550
		Total	**74 556**
Personnes démunies			
Manicouagan	Projet pilote Cuisine collective du comptoir alimentaire	Comptoir alimentaire, L'Escale de Baie-Comeau (projet commun avec Cuisine collective des écureuils de Baie-Comeau)	12 000
		Cuisines collectives des écureuils de Baie-Comeau (projet commun avec le Comptoir alimentaire, L'Escale de Baie-Comeau)	6 000
Sept-Îles	Récupération de fruits et légumes dans les épiceries	Comptoir alimentaire de Sept-Îles	1 996
		Total	**19 996**
		GRAND TOTAL	**94 552**

Activité physique (Kino-Québec) (30)

Festival *Plaisirs d'hiver*

Dans le cadre du Festival *Plaisirs d'hiver*, douze organismes et municipalités ont répondu à l'appel en proposant des activités. L'édition 2015 a encore une fois impliqué le milieu scolaire avec 23 écoles (24 en 2014) de la Côte-Nord qui ont mis en action plusieurs centaines de jeunes lors des cours d'éducation physique ou de journées spéciales, et ce, entre janvier et mars 2015.

Défi Basket

L'édition 2014 du *Défi Basket*, une initiative régionale depuis 2001, a impliqué plusieurs centaines de jeunes du primaire et du secondaire, dans 41 écoles de la Côte-Nord. Cette activité se déroulant en mai, dans le cadre du *Mois de l'éducation physique et du sport étudiant*, a permis d'offrir une bourse de 500 $ parmi toutes les écoles inscrites.

Ma cour : Un monde de plaisir

En 2014, un nouveau volet du guide concernant l'encadrement des élèves a vu le jour. À cet égard, une tournée à l'intention des intervenants du réseau scolaire de la Côte-Nord est prévue dès l'automne 2015.

Programme *Viactive*

Les conseillers *Viactive*, du RLS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan, de même que du CSSS de Sept-Îles, ont offert leur accompagnement et soutien aux groupes de leur secteur respectif. Ces deux secteurs ont bénéficié d'une formation de formateurs leur permettant d'assurer la qualification d'animateurs pour ce programme communautaire.

Journée nationale du sport et de l'activité physique (JNSAP)

En 2014, la JNSAP, qui encourage la pratique de l'activité physique dans la population, s'est déroulée le premier jeudi de mai sur la Côte-Nord. Pour l'occasion, l'Unité régionale loisirs et sports Côte-Nord, en collaboration avec l'Agence, Kino-Québec ainsi que la Commission scolaire de l'Estuaire, a interpellé le milieu scolaire de la Haute-Côte-Nord afin de mettre sur pied une journée spéciale d'activités. Les écoles participantes ont reçu environ 10 000 $ de matériel durable. Environ 800 élèves ont participé aux activités qui ont été proposées.

PÉRINATALITÉ

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE), à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Indicateur	Résultat 2013-2014	Cible 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.01.12.B.1-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement, moins un jour (prénatale)	0,23	0,5	0,14
1.01.12.B.2-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (postnatale 1)	0,72	1	0,7
1.01.12.B.3-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (postnatale 2)	0,15	0,5	0,22
1.01.12.B.4-EG2 Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (postnatale 3)	0,07	0,25	0,1

Commentaires

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) est un programme visant à offrir aux futurs parents et aux familles de jeunes enfants un soutien durant la grossesse ainsi que lors de l'arrivée du bébé jusqu'à son entrée à l'école, afin de :

- Favoriser le développement des enfants âgés de 0 à 5 ans;
- Maximiser le potentiel de santé et de bien-être des familles à partir de la grossesse;
- Améliorer les conditions de vie des familles.

Pour l'année 2014-2015, les résultats n'atteignent pas les cibles identifiées à l'échelle régionale, comme c'est le cas dans plusieurs autres régions du Québec. Si on note une légère détérioration en prénatal, on remarque, en revanche, une légère amélioration en ce qui a trait au nombre de visites à domicile par semaine de la 7e semaine au 60e mois de vie de l'enfant. Les orientations issues des chantiers SIPPE à l'échelle nationale ainsi que le bilan des activités de santé publique en Côte-Nord alimenteront l'analyse et les interventions requises aux fins d'une optimisation de cette activité dans la région.

Enquête québécoise du développement des enfants à la maternelle (EQDEM)

L'EQDEM vise à dresser le portrait développemental des enfants de la maternelle 5 ans pour l'année scolaire 2011-2012 selon les cinq domaines de développement de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) et s'inscrit dans le cadre de l'initiative concertée d'intervention pour le développement des jeunes enfants (ICIDJE). Cette initiative veut soutenir le développement des enfants au Québec et favoriser une entrée scolaire réussie des enfants. Elle a été mise sur pied par les ministères de la Santé et des Services sociaux, de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), de la Famille (MF) ainsi que Avenir d'enfants, en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

L'ICIDJE présente deux volets :

- L'EQDEM représente le premier volet.
- Le second volet aborde l'intervention qui vise à adapter et soutenir des actions en faveur du développement optimal des enfants en lien avec les résultats de l'EQDEM.

Le comité régional de l'EQDEM, qui regroupe des acteurs oeuvrant auprès de la petite enfance, a organisé un événement régional qui a eu lieu les 1er et 2 octobre 2014, à Sept-Îles. Cette rencontre a été un moment enrichissant pour une centaine d'intervenants qui se sont mobilisés pour les tout-petits.

Formation AMPRO-Plus

Les formations se poursuivent dans deux CSSS, soit en Haute-Côte-Nord–Manicouagan (depuis le 25 novembre 2013) et à Sept-Îles (depuis le 24 janvier 2015). La formation AMPRO, qui signifie approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux, a été développée par la Société des obstétriciens gynécologues du Canada (SOGC). Elle vise l'amélioration de la qualité des soins, la diminution des risques d'événements indésirables, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie au travail, dans un double objectif de rétention et de recrutement du personnel.

Allaitement

Des sommes ont été versées aux CSSS pour permettre le renouvellement des ententes de services pour la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement.

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU SCOLAIRE

Approche École en santé

L'Approche École en santé invite le réseau de l'éducation et le réseau de la santé et des services sociaux à accroître l'efficacité des interventions de promotion et de prévention, dans le respect de la mission première de l'école :

- En inscrivant la promotion de la réussite éducative, de la santé et du bien-être ainsi que la prévention des problèmes sociaux et de santé au cœur du projet éducatif et du plan de réussite de l'école;
- En invitant les partenaires, dont les parents, à conjuguer leurs actions de promotion et de prévention avec celles de l'école;
- En proposant un appui à l'évolution des pratiques qui va dans le sens du renouveau pédagogique en cours, connu sous le nom de « réforme de l'éducation ».

Le réseau de la santé et des services sociaux assure un soutien personnalisé dans les démarches de déploiement de l'Approche École en santé. Il offre, au besoin, de la formation aux accompagnateurs, aux gestionnaires et intervenants des réseaux de l'éducation et de la santé et ses partenaires, sur l'actualisation des meilleures pratiques en prévention et promotion de la santé.

Au 31 mars 2015, 84,1 % des écoles primaires et secondaires nord-côtières avaient implanté l'Approche École en santé.

Programmes *Vers le pacifique* et *Différents, mais pas indifférents*

Au total, 22 personnes ont eu de la formation en lien avec ces programmes de l'Institut Pacifique. Également, quatre milieux ont eu de la formation cette année. Au total, 24 écoles sur 112 utilisent ces approches de résolutions de conflits dans notre région.

SANTÉ DENTAIRE

Sur la Côte-Nord, le Plan d'action en santé dentaire a été actualisé par la tenue de trois pratiques cliniques préventives (PCP) :

- Le suivi préventif individualisé;
- L'application d'agents de scellement;
- La clinique Bébé-Dent.

PCP - Suivi préventif individualisé

L'ensemble des enfants fréquentant la maternelle a été dépisté et 837 enfants, de la maternelle à la 2e année du primaire, soit 20 % des enfants ont été identifiés comme étant vulnérables à la carie dentaire, selon les critères provinciaux. Ils ont reçu deux applications de vernis fluoré, des instructions d'hygiène et des conseils sur une saine alimentation en lien avec une santé dentaire optimale.

PCP - Pose d'agents de scellement

L'ensemble des enfants de 2e année du primaire a été dépisté et 476 enfants ont reçu une application d'agents de scellement sur leurs molaires permanentes pour protéger les puits et fissures de la carie dentaire. En nouveauté cette année, trois territoires de CSSS ont pu réaliser cette pratique clinique préventive auprès des jeunes de 2e secondaire.

De plus, le suivi de la qualité des agents de scellement a été effectué par la dentiste-conseil dans tous les territoires de CSSS, et le travail réalisé rencontre largement les objectifs exigés par le MSSS.

PCP - Clinique Bébé-Dent

En lien avec le programme SIPPE, les enfants de 0 à 5 ans et leurs parents ont été invités à venir à une clinique dentaire mobile où l'enfant reçoit un examen dentaire et une application de vernis fluoré. Le parent, quant à lui, reçoit de l'information concernant les SHV à adopter pour favoriser la santé buccodentaire de son enfant. Trois territoires de CSSS ont réalisé cette activité et 80 enfants ont été vus.

Enfin, nous avons déployé, en collaboration avec les infirmières en périnatalité de tous les CSSS, la campagne promotionnelle *Santé dentaire et allaitement*. Cette campagne invitait les nouvelles mamans à allaiter et expliquait les avantages de cette pratique sur la santé buccodentaire de leur enfant. De plus, par l'entremise du projet pilote *Merci de prendre soin de ma bouche*, chaque nouvelle maman sur la Côte-Nord a reçu une petite débarbouillette servant à réaliser les soins d'hygiène buccodentaire quotidiens de son bébé.

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Traumatismes liés à l'usage du réseau routier

En 2014-2015, les principales actions de prévention, réalisées en collaboration avec les membres de la Table de concertation en sécurité routière, ont consisté à faire de la sensibilisation aux automobilistes lors des *Journées nord-côtières de la sécurité routière*, sous le thème « *Roulons sans distractions* ». Divers partenaires régionaux, tels que la Sûreté du Québec, le Contrôle routier, la Société d'assurance automobile du Québec, ont participé à des barrages routiers afin de sensibiliser les usagers à cette problématique. Pour sa part, le comité de sécurité de la route 389 poursuit ses travaux de prévention et promotion. Le plan d'action est en cours de réalisation et de nouveaux partenaires se sont joints au comité. Par exemple, le comité a tenu des activités de sensibilisation à Manic 2 et Manic 5 en plus de participer, comme exposant et conférencier, à un grand rendez-vous du camionnage.

Traumatismes liés aux chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), réparti dans trois CSSS de la région, poursuit ses sessions durant l'année. Pour 2014-2015, les professionnels de la santé aptes à offrir ce programme sont des kinésiologues, physiothérapeutes, éducateurs physiques et thérapeutes en réadaptation physique. Ces derniers doivent dispenser au minimum trois séances annuellement sur leur territoire.

Développement social et développement des communautés

La santé publique est impliquée au sein de plusieurs concertations locales et régionales et agit en intersectorialité sur différents déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté et l'exclusion sociale, la réussite éducative, la promotion des environnements favorables aux saines habitudes de vie, le développement global des jeunes enfants nord-côtiers, la sécurité civile, la sécurité routière, la sécurité alimentaire et l'accès aux logements abordables. De plus, dans le cadre de la responsabilité populationnelle, la santé publique favorise le développement social et soutient le développement des communautés par le déploiement de multiples stratégies d'interventions menant à l'amélioration de la santé ainsi que des milieux de vie des groupes les plus vulnérables de la région. Au cours de la dernière année, l'Agence, en collaboration avec la Conférence régionale des élus, a tenu la 6e édition de l'Escale. Cette édition s'est déroulée en novembre 2014, en Haute-Côte-Nord, et a permis de réunir un peu plus d'une centaine d'intervenants, issus des milieux communautaires, scolaires, municipaux, de la santé et des services sociaux, autour du thème *Entreprendre ensemble!*

Prévention dans les services cliniques de première ligne

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	1.1.1	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2	Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : • Infections transmissibles sexuellement et par le sang • Habitudes de vie et maladies chroniques • Chutes chez les personnes âgées • Suicide

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.01.20	Pourcentage des activités du PNSP implantées	79 %	85 %	72,8 %
1.01.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	58,3 %	70 %	69,2 %

Commentaires

Les pratiques cliniques préventives (PCP) sont des interventions menées par un clinicien auprès d'un patient, incluant le counseling sur les habitudes de vie, le dépistage de maladies ou facteurs de risque, la vaccination et la prescription de médications préventives. Ces pratiques permettent d'agir en amont des problèmes pour ainsi réduire la morbidité et la mortalité évitables en favorisant la santé et en prévenant les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux.

En ce qui a trait au bilan régional, une priorisation des activités aura permis d'améliorer le pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien de sorte que l'on peut affirmer que l'engagement pour l'année 2014-2015 est atteint. En fait, la progression se chiffre à 18,7 % depuis le dernier bilan produit par le MSSS.

En revanche, cette priorisation des PCP a influencé le pourcentage des activités du PNSP implantées. Une légère diminution est observée depuis le dernier bilan. Aussi, le résultat de 2014-2015 ne permet pas d'atteindre l'objectif fixé.

Rappelons cependant qu'un état de situation des activités de santé publique, produit au cours des derniers mois, a permis de mieux comprendre l'état d'implantation du PNSP et du PAR-PAL ainsi que de l'appréciation de la performance de l'action de santé publique pour notre région. Comme prévu, ces informations permettent d'identifier des mesures pour assurer la consolidation ou soutenir l'implantation des activités en santé publique. Ces informations serviront également à bien planifier l'implantation du nouveau programme de santé publique et de la politique gouvernementale de prévention en santé, dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux.

Santé environnementale

La Direction de santé publique assure une réponse en santé environnementale et agit dans ce domaine d'activité en se référant aux différents éléments du milieu environnemental susceptibles de porter atteinte à la santé. On y traite, entre autres, de la qualité de l'eau potable, de la pollution de l'air intérieur et extérieur, de la contamination des sols, de même que du maintien sécuritaire de milieux habités. La prévention des risques est également abordée lorsque la Direction de santé publique est invitée à transmettre des avis dans le cadre de l'évaluation des impacts environnementaux et sur la santé publique de différents projets et règlements soumis à l'étude, tout en ayant comme toile de fond des écosystèmes sains pour la population.

Voici les faits saillants de l'année 2014-2015 :

- Assurer une réponse dans une vingtaine de dossiers sur le plan de la qualité de l'air intérieur (moisissures, radon, émanations, bruit) directement auprès de citoyens et d'organismes locaux ou régionaux.
- Participer et collaborer au processus de remise aux normes de la qualité de l'eau potable à l'école anglophone à Baie-Comeau.
- Assurer un soutien professionnel lors d'événements accidentels majeurs tels que le déraillement d'un train dans la rivière Moisie, d'incendies ou de déversement de produits chimiques.
- Participer et collaborer à des comités régionaux et nationaux, afin de bien cerner les enjeux environnementaux en lien avec la santé des Nord-Côtiers, notamment l'eau potable, la qualité de l'air intérieur et extérieur, les changements climatiques, les cyanobactéries, l'uranium et le radon.
- Analyser d'un point de vue de santé publique la recevabilité ou l'acceptabilité de treize études d'impact environnemental, tout en assurant le suivi (correspondance, addenda, suivi environnemental, etc.).
- Maintenir la surveillance des réseaux d'eau potable de la Côte-Nord en collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (avis de non-conformité, demande de correction, mise aux normes de réseaux d'eau potable, avis de santé publique pour des problématiques particulières).
- Surveiller les 26 réseaux d'alimentation en eau potable ayant eu des dépassements de normes sur la qualité physicochimique ou bactériologique et s'assurer que les nouveaux avis d'ébullition et de non-consommation (44 incluant les avis préventifs) soient communiqués à la population et à Info-Santé.
- Maintenir la surveillance des maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine environnementale et assurer les enquêtes épidémiologiques lors de déclarations.
- Analyser les modifications de quatre projets de règlement de MRC.
- Accompagner les organismes de bassins versants dans leurs démarches associées à leur plan directeur de l'eau.
- Entretenir un partenariat avec le Conseil régional de l'environnement de la Côte-Nord pour des activités de promotion et de sensibilisation concernant divers dossiers (herbe à poux, campagne Défi Climat, réduction de la dépendance au pétrole).
- Assurer la mise en place de campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention (monoxyde de carbone, rayon UV (Photomaton et Escouade au soleil) et oxyde d'azote).
- Assurer l'implantation de diverses actions prévues dans le plan d'action associé à la Politique environnementale de l'Agence.
- Participer aux travaux du réseau environnemental regroupant huit établissements du réseau de la santé, incluant l'Agence.
- Participer aux travaux du réseau provincial de développement durable du réseau de la santé, incluant la mise en place de la Stratégie québécoise d'économie d'eau potable.
- Formuler une demande de station IQA (indice de qualité de l'air) pour la ville de Sept-Îles.
- Démarrer la phase II du projet de risques industriels majeurs, soit :
    - Présentation du projet aux services des incendies de huit municipalités;
    - Collecte de données sur les substances dangereuses auprès des services incendies des municipalités rencontrées et mise à jour de l'inventaire des sites des entreprises à risque sur la base des données collectées.

Santé au travail

Le mandat du Service de santé au travail consiste à offrir des activités de prévention, de protection et de promotion de la santé en réponse à des problèmes reliés à l'environnement de travail. Ces activités sont planifiées dans un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), en collaboration avec les représentants de l'employeur et des travailleurs de l'entreprise. Au 31 décembre 2014, 239 entreprises des secteurs prioritaires bénéficient d'un PSSE sur une possibilité de 634 entreprises potentiellement à desservir[2].

Le plan d'organisation en santé au travail prévoit 29,6 intervenants dont 21,6 à l'équipe d'intervention, soit 6 techniciens en hygiène industrielle, 10 infirmières, 3 agentes administratives et 2,6 médecins.

Voici la synthèse des principales activités réalisées au cours de l'année 2014 par les intervenants de l'équipe de santé au travail.

Tableau 19 : Activités du programme de santé au travail réalisées dans les entreprises de la région

Activité	Nombre
Connaissance préalable de l'entreprise	31
Élaboration de programmes de santé	9
Mise à jour de programmes de santé	40
Total	**80**
Intervention générale	29
Ergonomie	84
Gestion de la santé et sécurité au travail (GSST)	26
Surveillance environnementale	112
Surveillance médicale	25
Information	107
Premiers secours et premiers soins	133
Total	**586**
GRAND TOTAL	**666**

En plus de ces activités de base, les intervenants en santé au travail ont effectué en 2014 :

- 535 analyses de postes dans le cadre du programme « Pour une maternité sans danger »;
- 9 enquêtes sur les MADO;
- 36 demandes de services provenant des employeurs ou des travailleurs dans la majorité des cas.

Les activités réalisées dans les entreprises de la Côte-Nord ont un impact sur des milliers de travailleurs. Sensibilisés et mieux informés sur les risques et les agresseurs présents dans leur milieu de travail, les travailleurs et leurs employeurs sont invités à prendre en charge leur santé. La réduction à la source de l'exposition aux divers contaminants demeure l'objectif à atteindre.

Le Service de santé au travail a publié, au cours de l'année, trois éditions du bulletin *Santé en têtes* à l'intention des milieux de travail de la région. Le tirage est de 620 exemplaires par édition.

Les intervenants de santé au travail ont bénéficié de 907 heures de formation au cours de l'année 2014.

2. Les ententes de gestion signées avec la CSST pour l'année 2014 limitent les interventions du réseau de santé publique en santé au travail aux entreprises des secteurs d'activité identifiés par la CSST.

Maladies infectieuses

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE ET AUTRES SIGNALEMENTS - FAITS SAILLANTS

Chaque année, le directeur de santé publique collige les données relatives aux MADO ou aux signalements survenus sur son territoire. Ces données sont extraites du fichier provincial MADO alimenté par la Direction de santé publique à partir des déclarations transmises par les laboratoires et les médecins. Au cours de l'année 2014, 449 MADO d'origine infectieuse ont été reçues, comparativement à 459 en 2013 (annexe C).

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

- Au plan régional, le nombre de cas déclarés de chlamydiose génitale en 2014 se chiffre à 319, comparativement à 317 en 2013. En 2014, le taux d'incidence observé sur la Côte-Nord est de 332,5/100 000 personnes. Il s'agit d'une hausse significative au regard du taux d'incidence enregistré en 2010 (247,1/100 000) de même que celui de l'ensemble du Québec en 2014 (282/100 000).
- Sept cas d'infection gonococcique et deux cas de syphilis ont été déclarés.
- Neuf cas d'hépatite C et trois cas d'hépatite B ont aussi été déclarés.

Maladies entériques

- Cette année, le nombre de cas de maladies entériques est passé de 89 comparativement à 81 en 2013. Les infections à *Campylobacter*, la salmonellose et la gastroentérite épidémique d'origine indéterminée demeurent les plus fréquemment déclarées. Le nombre d'infections à *Campylobacter* est passé de 24 en 2013 à 41 en 2014, ce qui représente une hausse de 71 %.
- En 2014, 12 épisodes de gastroentérite épidémique d'origine indéterminée ont été rapportés à la Direction de santé publique comparativement à 25 l'année précédente. Dix sont survenus en milieu de soins alors que les autres provenaient du milieu communautaire (ex. : résidences privées pour personnes âgées, service de garde à l'enfance, etc.). Cette diminution peut s'expliquer par la mise en place rapide des mesures de prévention et de contrôle des infections dès l'apparition du premier cas de gastroentérite.
- Six toxi-infections alimentaires ont été déclarées à la Direction de santé publique et étaient reliées à des établissements de restauration ou à des traiteurs.

Maladies évitables par la vaccination

- La sous-déclaration des cas cliniques de coqueluche pourrait expliquer qu'aucun cas n'a été déclaré cette année comparativement à douze en 2013. En raison de son profil cyclique, cette maladie circule régulièrement, même dans une population adéquatement vaccinée.
- Parmi les treize cas confirmés d'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*, un seul cas a été déclaré chez un enfant de moins de 5 ans adéquatement vacciné. Le sérotype identifié chez cet enfant est contenu dans le vaccin.
- Un cas d'infection invasive à *Haemophilus influenzae* (type non b) a été déclaré en 2014 comparativement à trois en 2013. Rappelons qu'un vaccin contre *l'Haemophilus influenzae* de type b est administré aux enfants dès l'âge de 2 mois.

Autres MADO

- Six cas d'infection invasive à streptocoque du groupe A ont été déclarés en 2014 (deux étaient reliés entre eux) dont trois ont nécessité l'administration d'un traitement préventif aux contacts étroits.
- Un premier cas de maladie de Lyme a été déclaré sur la Côte-Nord, mais acquis à l'extérieur du Québec.

Éclosions

Certaines éclosions sont à déclaration obligatoire (ex. : gastroentérite épidémique d'origine indéterminée). D'autres sont signalées à la Direction de santé publique sur une base volontaire ou encore, font l'objet d'une surveillance particulière (ex. : influenza en CHSLD).

- En 2014, le réseau de la santé nord-côtier a rapporté quinze éclosions de syndrome d'allure grippale (SAG) en milieu de soins, soit dix en longue durée et cinq en courte durée. La présence du virus de l'influenza a été confirmée dans dix éclosions (neuf de type A et une de type B). Deux éclosions en milieu communautaire ont également été signalées (ressources intermédiaires). L'arrivée précoce du virus et le non-appariement du vaccin avec la souche circulante (Influenza A (H3N2)) expliquent le nombre élevé d'éclosions cette année.
- Douze éclosions de gastroentérite épidémique d'origine indéterminée ont été déclarées au cours de l'année (sept en milieu de soins de longue durée, trois en courte durée et deux en milieu communautaire).
- Quatre autres éclosions ont été signalées à la Direction de santé publique pour la même période (diarrhée associée au *Clostridium difficile*, pneumonie, conjonctivite bactérienne et gonorrhée).

Prévention de la rage humaine

En 2014, la Direction de santé publique a reçu 88 signalements de morsures ou autres expositions significatives à des animaux comparativement à 87 en 2013. La majorité des signalements (99 %) concernait des animaux domestiques (chien, chat). L'administration d'une immunisation préventive contre la rage a été recommandée à 22 personnes exposées.

VACCINATION

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	PAR 1 - Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib[3] en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	85,9 %	90 %	88 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS leur première dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C en dedans de deux semaines du moment prévu au calendrier régulier du PIQ	81,2 %	90 %	78,2 %

Commentaires

La situation des retards dans la prise de rendez-vous prive les enfants d'une protection efficace à un âge où les risques de complications sont les plus importants. Il est donc essentiel que le rendez-vous soit donné dans les deux semaines qui suivent l'âge prévu au calendrier vaccinal. Afin d'assurer la protection adéquate d'une population vulnérable, des indicateurs de gestion ont été développés et sont suivis depuis quelques années. Rappelons qu'il s'agit d'un résultat de performance de services rendus dans les délais prescrits dans le CSSS et non d'un résultat de couverture vaccinale. Ces deux mesures ne peuvent être comparées.

<u>Analyse des résultats</u>

En 2014-2015, les cibles ne sont pas atteintes au plan régional concernant les deux indicateurs évalués. Au plan local, trois CSSS ont atteint l'objectif de 90 % pour la vaccination DCaT-Polio-Hib administrée à l'âge de 2 mois, quatre présentent des taux se situant entre 81,6 et 86,7 %. Concernant la vaccination contre le méningocoque de sérogroupe C (administrée à l'âge de 12 mois), aucun CSSS n'a atteint la cible de 90 %, deux ont des taux variant de 80 à 82,1 %, et cinq présentent des taux inférieurs variant de 74,4 % à 78,5 %.

3. Vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b.

Commentaires (suite)

Certains établissements justifient la non-atteinte de l'objectif visé par le fait que le calendrier vaccinal prévoit l'administration simultanée de plus d'un vaccin lors des visites prévues, faisant en sorte que des parents refusent la vaccination ou préfèrent reporter une injection. Parfois, certains rendez-vous doivent être retardés à la demande des parents, ou encore, sont oubliés par ces derniers. Des difficultés sont également notées concernant la vaccination dans les petites municipalités où le service n'est pas offert à toutes les semaines. Enfin, des dossiers demeurés ouverts dans l-CLSC alors que les enfants ne résident plus sur le territoire pourraient expliquer certains résultats plus faibles alors que la couverture vaccinale se situe à plus de 95 %.

Au cours des dernières années, les CSSS ont mis en place (ou consolidé) les activités prioritaires prévues au Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec élaboré par l'INSPQ, soit :

1. Rappel à tous les parents de nouveau-nés de prendre le rendez-vous de vaccination à 2 mois.
2. Relance des enfants non vaccinés à l'âge de 2 mois à la suite d'un rendez-vous manqué.
3. Ajout de plages horaires.
4. Rappel en quatrième année du primaire pour formulaires non signés et relance pour enfants non vaccinés (formulaires signés).

L'implantation est plus complexe dans certains CSSS où parfois une seule infirmière est disponible pour accomplir plusieurs tâches (ex. : périnatalité, santé scolaire, soins à domicile, etc.).

Couverture vaccinale

Plus de 95 % des enfants âgés de 2 ans sont adéquatement protégés contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, la rubéole, les oreillons, le pneumocoque et le méningocoque de sérogroupe C. De plus, 94 % d'entre eux sont protégés contre la rougeole (objectif visé : 95 %) et 93,6 % contre la varicelle.

En milieu scolaire, la couverture vaccinale a été évaluée pour les jeunes de la maternelle, de la quatrième année du primaire et du troisième secondaire. Entre 93,9 % et 99,3 % de ces jeunes ont reçu les vaccins prévus au calendrier régulier de vaccination.

Plus de 96 % des élèves de la quatrième année du primaire ont reçu les deux doses de vaccin contre l'hépatite B prévues au calendrier vaccinal (objectif : 90 %). Concernant le programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH), 93,9 % des filles de la quatrième année ont été vaccinées (objectif : 90 %).

En troisième secondaire, plus de 96 % des étudiants visés ont reçu une dose de rappel contre le méningocoque de sérogroupe C et celle prévue contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

Vaccination contre la grippe saisonnière

Au cours de l'automne et l'hiver 2014-2015, la campagne de vaccination contre la grippe, menée par les établissements du réseau de santé nord-côtier et les communautés autochtones, a permis d'administrer plus de 22 500 doses de vaccin, soit 2 500 doses de moins qu'en 2013-2014. Le non-appariement du vaccin avec la souche circulante du virus pourrait avoir incité la population à ne pas se faire vacciner.

L'estimation de la couverture vaccinale révèle que 86,4 % des résidents vivant dans les milieux de soins de longue durée (93 % en 2013-2014), 49,4 % des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en milieu ouvert (53,7 % en 2013-2014) et 73,3 % des travailleurs de la santé (73,6 % en 2013-2014) ont été vaccinés. L'objectif visé est de 80 % dans tous les groupes cibles.

Manifestations cliniques inhabituelles à la suite d'une vaccination

Dix déclarations de manifestations cliniques survenues après une vaccination ont été inscrites au fichier provincial de surveillance en 2014 (18 en 2013). Pour la majorité, les manifestations présentées étaient bénignes et se sont résolues progressivement. À noter que plus de 50 000 doses de vaccin sont administrées annuellement dans la région.

PRÉVENTION ET CONTRÔLE - INFECTIONS NOSOCOMIALES

Fiche de reddition de comptes 2014-2015

Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateur		Résultat 2013-2014	Engagement 2014-2015	Résultat 2014-2015
1.01.19.1	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - diarrhées associées au *Clostridium difficile*	100 % (2/2)	90 %	100 % (2/2)
1.01.19.2	Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline	100 % (2/2)	90 %	100 % (2/2)
1.01.19.3	Pourcentage de CHSGS ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Contexte
Sur la Côte-Nord, deux établissements répondent aux critères de participation de deux des trois programmes de surveillance obligatoires visés par la planification stratégique, soit la surveillance des diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) et des bactériémies à *Staphylococcus aureus* incluant le *S. aureus* résistant à la méthicilline (SARM).

DACD - Analyse
Les deux CHSGS visés par la surveillance ont maintenu leurs taux inférieurs aux seuils établis. Au cours de l'année, une des deux installations a signalé deux éclosions de DACD et chaque éclosion ne comptait que deux cas reliés. Annuellement, ces deux installations rapportent respectivement en moyenne entre zéro et deux cas de DACD nosocomiales par période.

Bactériémies à *S. Aureus* (incluant le SARM) - Analyse
Aucun des deux CHSGS n'a rapporté de bactériémie nosocomiale à SARM au cours de l'année.

Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN)

Afin de soutenir le travail des équipes locales en prévention et contrôle des infections (PCI), la TRPIN favorise l'harmonisation des pratiques par le partage d'outils et l'échange sur des problématiques particulières. En 2014-2015, la TRPIN a poursuivi ses travaux pour une neuvième année consécutive, notamment :

- Partage d'outils sur les tâches prioritaires à faire en cas d'absence imprévue de la titulaire du poste et élaboration d'un canevas à ce sujet;
- Partage de procédures concernant l'hygiène et la salubrité;
- Promotion des colloques et autres formations incontournables pour ses membres ou représentants des domaines connexes;
- Collaboration à l'appréciation de l'implantation du Plan d'action en PCI 2012-2015 (bilan à mi-parcours);
- L'importance de sensibiliser les équipes de direction à prioriser certains travaux immobiliers en lien avec la PCI.

La TRPIN a également le mandat d'adresser tout enjeu régional majeur au président-directeur général de l'Agence. Au cours de la dernière année, les préoccupations suivantes ont été soumises à son attention et ont fait l'objet d'un suivi auprès des directeurs généraux des établissements :

- Inquiétudes face au haut taux de roulement des infirmières en PCI dans les établissements de la région et au non-remplacement de celles-ci en cas d'absence;
- Rappel de la position ministérielle face au retraitement du matériel médical à usage unique (MMUU).

FORMATION

La Direction de santé publique a offert plusieurs activités de formation au cours de l'année 2014-2015.

- Une formation en santé des voyageurs sur la malaria et la fièvre jaune a eu lieu à Baie-Comeau et à Sept-Îles en juillet 2014. Cette activité a permis de joindre 20 infirmières et médecins en CSSS et quelques infirmières offrant les services santé voyage dans les pharmacies privées de la région.
- Depuis quelques années, des séminaires de santé publique en lien avec les maladies infectieuses sont donnés dans le cadre du programme d'enseignement destiné aux médecins résidents de l'UMF de Manicouagan. En 2014, les sujets abordés ont été la rage, la tuberculose et la prophylaxie postexposition à des liquides biologiques. De plus, des professionnelles de la Direction de santé publique ont été invitées à participer, avec les médecins résidents, à une séance de discussion sur des cas cliniques en lien avec les ITSS.

BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

En 2014, le Service des maladies infectieuses a produit et publié trois bulletins *Contamine-Action*. Ces bulletins sont disponibles sur le site Internet de l'Agence.

Surveillance et évaluation

Voici les principales activités réalisées en 2014-2015 :

- Production de deux numéros de *La santé recherchée* portant sur le phénomène de la violence chez les jeunes du secondaire de la Côte-Nord à partir des données de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) 2010-2011. Les thèmes explorés ont été la violence dans les relations amoureuses ainsi que la violence et les problèmes de comportement. Les bulletins ont été diffusés en décembre 2014.
- Production d'un numéro de *La santé recherchée* sur la santé mentale et psychosociale des jeunes nord-côtiers aux études secondaires d'après les données recueillies par l'EQSJS 2010-2011. Le bulletin a été diffusé en décembre 2014.
- Production d'un numéro de *La santé recherchée* et de *La santé recherchée : en bref* sur les données régionales issues de l'EQDEM. Le bulletin en bref a été diffusé en septembre 2014 et le bulletin régulier en février 2015.
- Rédaction et production d'un rapport thématique portant sur l'usage de la cigarette par la population adulte nord-côtière et celle des territoires de RLS à partir des données de l'Enquête Santé Côte-Nord (ESCN) 2010. Le rapport a été publié en décembre 2014.
- Production d'un numéro de *La santé recherchée* sur le tabagisme sur la Côte-Nord. Il s'agit d'une synthèse des principaux résultats étudiés dans le rapport thématique.
- Rédaction et production d'un rapport thématique portant sur le diabète dans la population adulte nord-côtière et celle des territoires de RLS à partir des données de l'ESCN 2010. La première édition de ce rapport a été diffusée en décembre 2014.
- Rédaction de rapports sur différentes thématiques (hypertension, embonpoint et obésité) concernant la population adulte nord-côtière et celle des territoires de RLS à partir des données de l'ESCN 2010. La diffusion est prévue en 2015-2016.
- Rédaction de numéros de *La santé recherchée* et *La santé recherchée : en bref* portant sur l'hypertension et le diabète. On y retrouvera les principaux résultats présentés dans les rapports thématiques. La diffusion est prévue pour 2015.
- Développement d'un tableau de bord sur le profil de l'état de santé de la population de la Côte-Nord.
- Réponse à des demandes *ad hoc* en surveillance formulées par des professionnels de l'Agence et par les établissements du réseau nord-côtier.

L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Qualité des services

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Tous les établissements de la Côte-Nord déclarent les incidents ou les accidents survenus dans la prestation des soins et des services aux usagers. L'analyse de ces informations vise à diminuer la récurrence et à améliorer la qualité des soins et des services. De plus, ces données servent à constituer un registre local ainsi qu'à alimenter le registre national sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. L'an dernier, un nouveau formulaire pour la déclaration a été implanté permettant une meilleure analyse des événements déclarés.

AGRÉMENT

L'agrément constitue la reconnaissance par une autorité externe de l'engagement d'un établissement dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services. L'agrément fait suite à l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles en fonction des meilleures pratiques pour améliorer la qualité des services. En participant au programme d'agrément, une organisation démontre clairement sa volonté d'offrir des soins et des services de qualité ainsi que son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

En 2014-2015, les CSSS de la Basse-Côte-Nord et de l'Hématite ont renouvelé leur agrément.

SUIVI DES RAPPORTS DU CORONER

Au cours de l'année, les coroners ont émis des recommandations dans leurs rapports d'investigation et ont fait part de certaines attentes envers le réseau de la santé.

En 2014-2015, l'Agence, en collaboration avec les établissements, a entrepris les démarches suivantes :

- À la suite du rapport d'investigation du coroner Bernard Lefrançois relativement à un décès survenu en 2013, l'Agence s'est assurée que la recommandation a été transmise au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Sept-Îles afin qu'il assure l'analyse des actes médicaux posés dans les semaines précédant le décès. Aucune mesure n'a été prise par ce dernier, car selon l'analyse, tous les soins médicaux requis avaient été prodigués.
- Afin de répondre à la recommandation du coroner Arnaud Samson à la suite d'un décès en 2012, l'Agence a vérifié les démarches faites par l'établissement. À cet égard, le CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan a élaboré une procédure administrative sur la « gestion des consultations à l'urgence par l'infirmière du triage ».
- L'Agence s'est assurée auprès du CPRCN, à la suite des recommandations de la coroner Louise Nolet, pour un décès survenu en 2013, que des dispositions pour la sécurité des usagers soient mises en place dans les ressources intermédiaires. L'Agence a vérifié que le personnel œuvrant dans les ressources intermédiaires soit habilité à donner tous les soins requis, à faire face à des situations urgentes et à administrer adéquatement les premiers soins.
- Enfin, deux dossiers sont encore à l'étude auprès des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Sept-Îles et du CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan pour des décès survenus en 2013 dont les recommandations proviennent du coroner Bernard Lefrançois.

PRIX D'EXCELLENCE

Depuis plus de 30 ans, les Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux soulignent les initiatives des gens de cœur et d'action qui mettent à profit leur sens de l'innovation et leur « leadership » pour améliorer de façon significative la qualité des soins et des services offerts à la population québécoise. La Côte-Nord a de nouveau remporté deux prix cette année. Le CSSS de Port-Cartier a obtenu le prix d'excellence dans la catégorie *Sécurité des soins et des services* avec « CKO! ton problème », un projet original visant à inciter le personnel à déclarer les événements indésirables, prévenir leur récurrence et implanter une culture de sécurité dans l'établissement. De son côté, le CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan a reçu une mention d'honneur attribuée pour la *Personnalisation des soins et des services* grâce à son projet de fusion du centre mère-enfant et de la pédiatrie. Ce projet a contribué à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des services offerts à l'Hôpital Le Royer de Baie-Comeau.

Traitement des plaintes

Le régime d'examen des plaintes se veut un des outils pour améliorer la qualité des services et assurer le respect des droits des usagers. L'expression d'une plainte est une occasion de valider les pratiques et de proposer des mesures pour les améliorer, le cas échéant.

Le nombre de plaintes reçues dans la région par les commissaires locaux et le commissaire régional a diminué de 8 % par rapport à l'exercice budgétaire précédent. Il en va de même pour les plaintes adressées aux médecins examinateurs qui ont diminué d'un peu plus de 5 %.

Tableau 20 : Évolution du bilan régional des dossiers de plaintes

Exercice	Commissaire		Médecin examinateur		Transmis en deuxième instance	
	Plainte		Plainte			
	Reçue	Conclue*	Reçue	Conclue*	Protecteur du citoyen	Comité de révision
2014-2015	253	235	54	35	7	2
2013-2014	276	280	41	41		1
2012-2013	245	237	31	32	3	2
2011-2012	244	236	33	32	1	3

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

Le tableau suivant présente le bilan des plaintes reçues et traitées par les commissaires et les médecins examinateurs en fonction des différents établissements de la région. Comme nous pouvons le constater, c'est le CSSS de Sept-Îles qui reçoit le plus grand nombre de plaintes pour le commissaire local (108/253). On peut cependant remarquer que les CSSS de Sept-Îles, de Port-Cartier, de la Minganie et de l'Hématite ont connu une baisse significative du nombre de plaintes tandis qu'on note une hausse aux CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan et de la Basse-Côte-Nord ainsi qu'au CPRCN.

Au regard des plaintes pour le médecin examinateur, on constate que le CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan a reçu le plus grand nombre de plaintes (33/54). Le CSSS de Sept-Îles a pa; contre connu une baisse à ce niveau pour le présent exercice.

Tableau 21 : Bilan des dossiers de plaintes par établissement

Établissement	Commissaire			Médecin examinateur		
	Plainte reçue		Plainte conclue*	Plainte reçue		Plainte conclue*
	2013-2014	2014-2015		2013-2014	2014-2015	
CSSS de la Haute-Côte-Nord	28	35	31	6	12	10
CSSS de Manicouagan	36	42	34	9	21	5
CSSS de Port-Cartier	15	5	5	3	3	3
CSSS de Sept-Îles	129	108	108	16	9	9
CSSS de la Minganie	15	4	4	3	3	3
CSSS de la Basse-Côte-Nord	17	24	24	1	1	1
CSSS de l'Hématite	18	9	8	2	5	4
CPRCN	14	20	15			
Agence	4	4	4			
Organisme (avec entente)		1	1			
Ressource intermédiaire		1	1			
TOTAL	276	253	235	40	54	35

* Le nombre de plaintes conclues tient compte de celles reçues et en cours d'examen en début d'exercice.

Les 235 plaintes conclues par les commissaires locaux au cours de l'exercice comportent plus de 283 motifs d'insatisfaction. Ce sont, dans l'ordre, les soins et services dispensés (74), l'accessibilité aux services (69) et l'organisation du milieu et des ressources matérielles (53) qui s'accaparent la majorité des sources d'insatisfaction (196/283).

Pour les plaintes dont le traitement a été complété, il est intéressant d'observer que 44 % de celles-ci (100/229) s'accompagnent de mesures pour corriger ou améliorer la situation. Un niveau de traitement non complété indique que la plainte a été soit abandonnée par son auteur, soit refusée ou rejetée par le commissaire.

Tableau 22 : Motifs de plaintes et niveau de traitement (commissaires)

Motif de plainte*	Niveau de traitement			Total	
	Traitement non complété	Traitement complété			
		Avec mesure	Sans mesure	Nombre	Pourcentage (%)
Accessibilité	5	26	38	69	25
Aspect financier	8	10	8	26	8
Droits particuliers	3	9	8	20	7
Organisation du milieu et ressources matérielles	12	14	27	53	19
Relations interpersonnelles	8	13	18	39	14
Soins et services dispensés	17	27	30	74	27
Autres		1		2	
TOTAL	53	100	129	283	100

* Une plainte peut contenir plusieurs motifs d'insatisfaction.

Pour les médecins examinateurs, les principaux motifs d'insatisfaction se retrouvent dans la catégorie soins et services dispensés (14/36). Le traitement de ces plaintes s'accompagne dans 26 % des cas (9/35) de recommandations visant l'amélioration des services.

Tableau 23 : Motifs de plaintes et niveau de traitement (médecins examinateurs)

Motif de plainte*	Niveau de traitement			Total	
	Traitement non complété	Traitement complété			
		Avec mesure	Sans mesure	Nombre	Pourcentage %
Accessibilité		3	6	9	25
Aspect financier			1	1	3
Droits particuliers			1	1	3
Organisation du milieu et ressources matérielles		1		1	3
Relations interpersonnelles		2	8	10	28
Soins et services dispensés	1	3	10	14	39
Autres					
TOTAL	1	9	26	36	100

* Une plainte peut contenir plusieurs motifs d'insatisfaction

À l'échelle régionale, la majorité des plaintes examinées par les commissaires est traitée à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la loi (81 %), alors que pour les médecins examinateurs, les délais de traitement sont supérieurs dans la majorité des cas (69 %).

Tableau 24 : Délai d'examen des plaintes

Délai	Commissaire		Médecin examinateur	
	Nombre	Pourcentage (%)	Nombre	Pourcentage (%)
1 à 45 jours	191	81	11	31
46 à 90 jours	26	11	15	43
91 jours et plus	18	8	9	26
TOTAL	235	100	35	100

Enfin, les commissaires (locaux et régional) ont réalisé plus de 247 activités complémentaires à l'examen des plaintes.

Tableau 25 : Autres fonctions des commissaires

Fonction	Nombre d'activités
Assistance	111
Collaboration au fonctionnement du régime de plaintes	50
Communication au conseil d'administration	11
Consultation	24
Intervention	9
Participation au comité de vigilance	16
Promotion-information	26
TOTAL	247

Santé et bien-être des hommes

En 2014-2015, l'Agence apporte un soutien aux trois organismes qui interviennent auprès des hommes en détresse, soit Homme Aide Manicouagan à Baie-Comeau, Hom'asculin à Port-Cartier et Homme Sept-Îles. Ces organismes communautaires ont pour mission d'offrir un service adapté à la réalité masculine, dans l'approche et l'accompagnement, afin de résoudre leurs problèmes personnels et de briser l'isolement. Parmi les réalisations des organismes, mentionnons notamment la création d'une maison d'hébergement à Sept-Îles et d'un autre lieu de transition à Baie-Comeau.

Accès aux services en langue anglaise

L'Agence doit élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région. À la demande du ministre, l'Agence a procédé à la mise à jour complète de son programme qui sera adopté au cours de la prochaine année financière. Celui-ci a été introduit dans la région en 1989 et vise à faciliter l'accessibilité aux services à la population d'expression anglaise de la Côte-Nord. Un plan de communication et un plan d'action seront préparés afin de faire connaître le nouveau programme et réaliser des actions concrètes visant à bien desservir la communauté anglophone.

Dans la région, sept établissements font partie du programme d'accès, soit cinq CSSS, le CPRCN et le CLSC Naskapi. Seul le CSSS de la Basse-Côte-Nord est tenu de rendre tous ses services accessibles en anglais et en français. Dans le cas des autres établissements, ils sont en mesure d'offrir certains services en anglais par le biais d'employés bilingues ou de personnes pouvant agir comme interprètes au besoin.

En avril 2014, l'Agence a présenté, de nouveau, un projet à Santé Canada dans le cadre de l'initiative *Adaptation des services de santé et des services sociaux* afin de poursuivre le projet régional intitulé *Vaincre la barrière de la langue pour offrir des services de qualité à tous*. La région s'est vue confirmer une enveloppe de 240 500 $ (répartie sur quatre ans). Dans le cadre de ce projet, une ressource au CSSS de Sept-Îles agit comme interprète dans l'est de la région et soutient les anglophones recevant des services dans cet établissement. Ce projet a permis d'améliorer les services en langue anglaise au sein des établissements qui desservent régulièrement une clientèle anglophone, soit les CSSS de Sept-Îles et de la Basse-Côte-Nord et le CPRCN. De plus, il permet également au CPRCN et au CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan de traduire des feuillets destinés à la population.

Dans le cadre de l'Entente Canada-Québec, trois projets ont été présentés et acceptés pour la région en 2014-2015. Un montant de 39 200 $ a été octroyé cette année et permettra notamment d'améliorer l'accessibilité aux informations sur les services offerts en langue anglaise en Basse-Côte-Nord, d'assurer une réponse anglophone au service régional Info-Social et de développer les habiletés de la population de langue anglaise quant à la prise en charge de sa santé au CSSS de Sept-Îles.

Enfin, à la suite de la présentation d'un projet régional, un budget de 155 000 $ sur quatre ans a été octroyé à la région en vertu du Programme de formation linguistique de l'Université McGill, financé par Santé Canada. En 2014-2015, des formations en langue anglaise ont été offertes auprès du personnel du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Dix personnes (cinq du CPRCN, trois du CSSS de l'Hématite et deux du CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan) ont participé à une toute nouvelle formule de formation offerte à distance par l'Université McGill.

LES INFORMATIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE 3

LA SITUATION BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Équilibre budgétaire

L'équilibre budgétaire des établissements de la région demeure un objectif prioritaire pour l'Agence. Un suivi est effectué tout au cours de l'exercice, en collaboration avec les établissements, pour réaliser cet objectif commun.

Le suivi de la Loi sur l'équilibre budgétaire des établissements publics du réseau de la santé s'effectue sur l'ensemble des activités d'un établissement, réparties dans deux fonds distincts, soit les opérations d'exploitation et celles d'immobilisations. Les données financières qui suivent sont donc présentées en fonction de ce principe. Pour l'année financière 2014-2015, selon les états financiers vérifiés de l'ensemble des établissements de la région, on observe globalement un déficit de 2 973 343 $ (au net).

Rappelons que le budget total 2014-2015 des établissements publics de la Côte-Nord se chiffre à 342 638 278 $. Le déficit régional représente donc 0,9 % du budget total alloué aux établissements de la région.

Les CSSS de l'Hématite et de Sept-Îles ont respecté le budget qui leur a été accordé en 2014-2015 et ont même terminé l'année en surplus.

Pour ce qui est des établissements présentant un résultat déficitaire en 2014-2015, nous tenons à préciser que trois d'entre eux sont considérés en contrôle budgétaire, puisque leur déficit sera absorbé par leur surplus cumulé. Il s'agit des CSSS de Port-Cartier et de la Basse-Côte-Nord ainsi que du CPRCN. Les établissements déficitaires doivent produire des plans d'équilibre budgétaire qui seront analysés par l'Agence et approuvés par le MSSS. À travers cette opération, les préoccupations de l'Agence à l'égard du maintien des services à la population demeurent constantes.

Le tableau qui suit témoigne des résultats finaux obtenus pour chaque établissement.

Tableau 26 : Situation budgétaire des établissements

	2014-2015		2013-2014	
	Revenu total ($)	Résultat ($)	Revenu total ($)	Résultat ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	112 508 302	(1 384 096)	109 431 004	(262 528)
CSSS de Port-Cartier	14 574 162	(92 886)	14 631 645	(48 418)
CSSS de Sept-Îles	85 470 379	174 018	82 173 723	(2 590 141)
CSSS de la Minganie	25 597 867	(941 454)	25 181 248	(274 644)
CSSS de la Basse-Côte-Nord	33 753 952	(616 232)	33 475 598	(1 062 789)
CSSS de l'Hématite	10 132 621	145 913	9 672 277	26 196
CLSC Naskapi	5 226 730	(207 231)	5 193 076	(347)
CPRCN	55 374 265	(51 375)	55 118 218	218 850
TOTAL	**342 638 278**	**(2 973 343)**	**334 876 789**	**(3 993 821)**

Fonds régionaux

IMMOBILISATIONS

Les investissements en immobilisations se répartissent en trois volets, soit le maintien d'actifs, la rénovation fonctionnelle et la rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD.

Maintien d'actifs

Ce volet concerne les travaux de sécurité, de réparation et de vétusté ayant pour objet la sécurité des personnes et des biens ainsi que la conservation des immeubles. Ces travaux ponctuels sont financés par l'enveloppe régionale récurrente de maintien d'actifs immobiliers. Le maintien d'actifs porte plus particulièrement sur l'architecture extérieure et intérieure du bâtiment, les systèmes électriques et mécaniques ainsi que la conformité aux codes. On entend par déficit d'entretien immobilier, le maintien d'actifs immobiliers qui aurait dû être fait dans le passé si les ressources nécessaires à leur réalisation avaient été allouées.

Pour les projets de maintien d'actifs et de résorption du déficit d'entretien, un montant total de 9 842 295 $ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2014-2015.

Tableau 27 : Répartition du volet « maintien d'actifs »

Établissement	Maintien d'actifs Montant ($)	Résorption du déficit d'entretien Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	1 901 962	801 103
CSSS de Port-Cartier	212 657	
CSSS de Sept-Îles	1 190 838	528 076
CSSS de la Minganie	488 900	216 306
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 230 581	545 700
CSSS de l'Hématite	263 336	116 776
CLSC Naskapi	33 046	
CPRCN	296 083	131 298
Agence	150 566	64 149
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence, imprévus et réalisation d'études techniques)	640 886	1 030 032
TOTAL	**6 408 855**	**3 433 440**

Rénovation fonctionnelle

Ce volet touche les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement visant à améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services, la création de milieux de vie et de soins ainsi que la diminution des infections nosocomiales.

Pour les projets de rénovation fonctionnelle, un montant de 2 416 842 $ a été réparti comme suit, pour l'exercice financier 2014-2015.

Tableau 28 : Répartition du volet « rénovation fonctionnelle »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	357 611
CSSS de Port-Cartier	50 784
CSSS de Sept-Îles	250 206
CSSS de la Minganie	104 539
CSSS de la Basse-Côte-Nord	267 840
CSSS de l'Hématite	62 887
CLSC Naskapi	7 892
CPRCN	70 707
Agence	35 955
Établissements de la Côte-Nord (réserve pour priorités régionales)	1 208 421
TOTAL	**2 416 842**

Rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD

Ce volet vise les travaux mineurs de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement permettant d'améliorer la qualité, l'efficience et la capacité des services ainsi que la création de milieux de vie et de soins en CHSLD.

Dans le cadre de ce programme, le MSSS a autorisé un montant de 284 000 $. En lien avec les recommandations effectuées à la suite des visites d'appréciation en CHSLD, l'Agence a priorisé le projet suivant.

Tableau 29 : Répartition du volet « rénovation fonctionnelle mineure en CHSLD »

Établissement	Projet	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	Augmentation de la capacité en CHSLD à la résidence Boisvert	284 000
	TOTAL	**284 000**

Faits saillants

Le 6 octobre 2014, le MSSS donnait l'autorisation de débuter la phase des plans et devis définitifs pour la construction du nouveau CLSC Naskapi. Ce projet, très attendu par la communauté naskapie de Kawawachikamach, nécessitera un investissement de l'ordre de 17,6 millions de dollars. Le bâtiment aura une superficie de 2 250 mètres carrés, soit plus de trois fois la superficie du CLSC actuel. Il est prévu que la construction soit complétée à l'hiver 2017.

Dans la même région, à Schefferville, le CSSS de l'Hématite s'est vu remettre les clés d'un nouveau dispensaire. La construction du bâtiment s'est échelonnée de juin 2014 à février 2015 et aura nécessité un investissement de 5,3 millions de dollars.

À Baie-Comeau, l'Agence a donné le feu vert à la réalisation des plans et devis pour le projet d'agrandissement du troisième étage de la résidence Boisvert. À terme, ce projet de 5,7 millions de dollars permettra l'ajout de quinze nouvelles places en CHSLD pour la région.

Du côté de Sept-Îles, le 4 février 2015, le MSSS a donné l'autorisation de procéder à l'étape des plans et devis définitifs pour le projet d'agrandissement et de réaménagement de la résidence Gustave-Gauvreau. Une démarche d'optimisation des étapes préliminaires à la construction a permis de réduire de seize mois l'échéancier global du projet. Il est maintenant prévu que la

construction débute à l'été 2015 et soit complétée à l'automne 2016. Rappelons que ce projet de 28,8 millions de dollars permettra d'accueillir 35 personnes qui sont actuellement hébergées dans une unité de soins de l'hôpital.

Finalement, l'Agence a autorisé la construction d'un nouveau laboratoire pour le CSSS de la Minganie à Havre-Saint-Pierre. La construction, qui a débuté à l'automne 2014, se terminera à l'été 2015 et aura nécessité un investissement de 2,5 millions de dollars.

ÉQUIPEMENTS

Les investissements en équipements se répartissent en deux volets.

Enveloppe de maintien d'actifs 2014-2015

Pour les équipements, on définit le maintien d'actifs comme étant un investissement ponctuel permettant à l'établissement de continuer à offrir le même niveau de services à la population. Concrètement, cette enveloppe permet aux établissements de procéder au remplacement ou au rehaussement du mobilier, ainsi que de l'équipement médical et non médical.

Dans le cadre de son Plan de conservation en équipement et mobilier, le MSSS alloue de façon récurrente, à l'Agence, une enveloppe pour le volet « équipement médical » et une enveloppe pour le volet « équipement non médical et mobilier », visant le maintien du parc de tous les établissements publics de notre région.

Le MSSS a ainsi confirmé, pour 2014-2015, des enveloppes qui sont respectivement de 3 230 962 $ pour l'équipement médical et de 675 844 $ pour l'équipement non médical et mobilier. L'enveloppe pour l'équipement médical inclut cette année une allocation compensatoire pour trois établissements. Cette enveloppe couvre les années 2013-2014 et 2014-2015 et vient compenser un changement dans la méthode de calcul de répartition de l'enveloppe globale qui défavorisait certains établissements.

Conformément aux directives du MSSS, un minimum de 90 % de l'enveloppe pour le volet « équipement médical » et de 95 % pour le volet « équipement non médical et mobilier » doit être distribué aux établissements publics de la région, au prorata de la valeur de remplacement de leurs actifs. Par conséquent, comme il est permis, l'Agence a donc constitué, à même les soldes résiduels de ces deux enveloppes, deux réserves en vue de pourvoir à des problématiques particulières qui pourraient survenir.

Les tableaux suivants rendent compte de la répartition entre les établissements.

Tableau 30 : Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs
Volet « équipement médical »

Établissement	Montant ($)	Enveloppe compensatoire 2013-2014 et 2014-2015 ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	929 573	208 040
CSSS de Port-Cartier	65 055	
CSSS de Sept-Îles	922 472	
CSSS de la Minganie	191 457	133 633
CSSS de la Basse-Côte-Nord	155 774	211 273
CSSS de l'Hématite	68 271	
CLSC Naskapi	15 789	
CPRCN	47 728	
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence et imprévus)	281 897	
TOTAL	**2 678 016**	**552 946**

Tableau 31 : Répartition de l'enveloppe de maintien d'actifs
Volet « équipement non médical et mobilier »

Établissement	Montant ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	232 703
CSSS de Port-Cartier	30 778
CSSS de Sept-Îles	167 662
CSSS de la Minganie	52 346
CSSS de la Basse-Côte-Nord	44 726
CSSS de l'Hématite	18 425
CLSC Naskapi	7 839
CPRCN	87 573
Établissements de la Côte-Nord (réserve régionale pour situations d'urgence et imprévus)	33 792
TOTAL	**675 844**

LOCATION D'ESPACE

Ce programme vise à permettre aux établissements non-propriétaires d'immeubles de disposer d'espace en location pour dispenser des services adéquats à la population. Il permet aussi de financer des travaux d'aménagement ou d'amélioration locative liés à un contrat de location.

Les crédits nécessaires au financement de ces locations sont inclus dans l'enveloppe régionale, laquelle est répartie dans le budget de fonctionnement de chacun des établissements concernés.

Pour satisfaire aux obligations relatives à la location d'espace, un budget de 1 842 719 $ est nécessaire et il se répartit comme suit.

Tableau 32 : Répartition du budget de location d'espace

Établissement	Point de service et autres ($)
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	163 168
CSSS de Port-Cartier	30 035
CSSS de Sept-Îles	3 162
CSSS de la Minganie	242 741
CSSS de la Basse-Côte-Nord	110 401
CSSS de l'Hématite	28 892
CPRCN	1 264 320
TOTAL	**1 842 719**

AUTORISATIONS D'EMPRUNTS

Dans le tableau qui suit figurent les catégories et le nombre d'autorisations d'emprunts temporaires accordés par le MSSS et l'Agence à l'ensemble des établissements publics de la région au 31 mars 2015, de même que les montants totaux autorisés ainsi que les montants réels des emprunts à cette date.

Tableau 33 : Autorisations d'emprunts

Catégorie d'emprunt	Nombre d'autorisations d'emprunts temporaires en vigueur	Montant autorisé au 31 mars 2015 ($)	Montant réel emprunté au 31 mars 2015 ($)
Exploitation (autorisé par le MSSS)	5	12 625 000	6 277 490
Immobilisations - projets autofinancés (autorisé par l'Agence)	2	271 887	271 887
Immobilisations - projets autofinancés - économie d'énergie (autorisé par le MSSS)	2	1 418 883	1 418 883
	TOTAL	**14 315 770**	**7 968 260**

Le montant maximal d'emprunts temporaires que l'Agence peut autoriser pour les dépenses d'immobilisations à la charge du fonds d'exploitation est de 1 210 000 $ (ce plafond ne concerne pas les projets d'économie d'énergie).

CONTRAT DE SERVICES

L'Agence n'a signé aucun contrat de services pour une valeur supérieure à 25 000 $ entre le 1er janvier et le 31 mars 2015.

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'Agence ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction de l'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

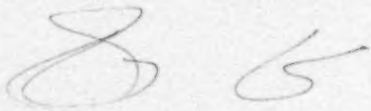
Le conseil d'administration[4] surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuve.

Les états financiers ont été audités par la firme Mallette, comptables agréés, dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Mallette, comptables agréés, peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Le président-directeur général,

Marc Fortin

Le directeur des ressources financières,



Pierre Boulianne

4. En vertu de l'article 195 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2), le président-directeur général exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres soit nommée.

LE RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

MALLETTE

Mallette S.E.N.C.R.L.

229 boulevard La Salle
Baie-Comeau QC G4Z 1S7

Téléphone **418 296-9651**
Télécopie 418 296-8454
Courriel info.bcomo@mallette.ca

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration de
l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord,

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion avec réserves

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de CPA Canada*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. De plus, le MSSS exige que, lors de l'application initiale de la nouvelle norme de CPA Canada SP 3410- Paiements de transfert, la direction n'a pas redressé les états financiers des exercices antérieurs. Ceci a pour effet de comptabiliser uniquement les paiements de transfert ayant fait l'objet d'un vote des crédits annuels par l'Assemblée nationale. Cette situation constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, puisque les revenus de transfert assortis de critères d'admissibilité mais non assortis de stipulations doivent être comptabilisés lorsque le transfert est autorisé et que tous les critères d'admissibilité sont atteints. Les incidences de ces dérogations aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Mallette S.E.N.C.R.L.[1]

Mallette S.E.N.C.R.L.
Société de comptables professionnels agréés

Baie-Comeau, Canada
le 6 juillet 2015

[1]CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique n° 105323

MALLETTE

LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS D'EXPLOITATION		Budget de fonctionnement 1	Activités principales		Activités accessoires	
			Exercice courant 2	Exercice précédent 3	Exercice courant 4	Exercice précédent 5
REVENUS DE SUBVENTION DU MSSS						
▪ Budget signifié	01	5 475 205	5 601 852	5 804 757	76 858	76 858
▪ (Diminution) ou augmentation du financement	02	254 489	81 992	97 941		20 000
▪ Variation des revenus reportés - MSSS	03					(20 000)
▪ Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04		xxxx		xxxx	
TOTAL DES SUBVENTIONS DU MSSS (L.01 à L.04)	05	5 729 694	5 683 844	5 902 698	76 858	76 858
AUTRES REVENUS						
Revenus de placements	06	22 000	39 986	33 555		
Revenus de type commercial	07		xxxx	xxxx		
Revenus d'autres sources						
▪ Ventes de services et recouvrements	08	108 424	78 902	101 162		
▪ Subventions - Gouvernement du Canada	09				59 799	
▪ Autres revenus	10	345 461	426 630	350 243	201 640	161 581
TOTAL DES REVENUS (L.05 à L.10)	11	6 205 579	6 229 361	6 387 658	338 297	238 439
CHARGES						
Salaires	12	3 600 866	3 317 567	3 156 658	191 101	109 792
Avantages sociaux	13	759 609	960 338	1 011 255	48 915	25 835
Charges sociales	14	474 428	455 740	442 486	25 324	14 387
Frais de déplacement et représentation	15	209 200	143 260	182 528	xxxx	xxxx
Services achetés	16	496 303	429 829	483 064	6 572	78 962
Publicité et communication	17	136 746	128 941	107 060		
Loyers	18	349 600	298 191	315 369		
Location d'équipement	19	19 300	9 516	13 507		
Fournitures de bureau	20	44 440	49 088	60 130	430	452
Dépenses de transfert	21		500	1 717	59 799	
Entretien et réparations	22	70 780	108 079	74 825		395
Frais financiers	23					
Créances douteuses	24					
Autres charges	25	44 307	48 524	15 817	6 156	8 616
Charges extraordinaires	26		xxxx	xxxx	2 859	1 963
TOTAL DES CHARGES (L.12 à L.26)	27	6 205 579	5 949 573	5 864 416	341 156	240 392
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.11 - L.27)	28		279 788	523 242	(2 859)	(1 953)
Renseignements à titre informatif						
Contributions de l'avoir propre	29					
Transferts interfonds - En provenance						
▪ de fonds affectés	30				xxxx	xxxx
▪ du fonds des activités régionalisées	31				xxxx	xxxx
▪ du fonds de stationnement	32					
Transferts interfonds - Affectations						
▪ au fonds d'immobilisations	33		(12 618)	(92 335)		
▪ au fonds de stationnement	34		xxxx	xxxx		
▪ à d'autres fonds	35		(30 000)	(30 000)		
Surplus (Déficit) après contributions et transferts interfonds (L.28 à L.35)	36		237 170	400 907	(2 859)	(1 953)

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Crédits régionaux destinés aux établissements	01	2 337 070	5 138 916
Variation des revenus reportés - MSSS	02	1 166 408	(1 418 377)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	03	xxxx	
FINESSS	04		
Contributions des établissements	05		
Revenus de placements	06	45 955	28 940
Revenus d'autres sources			
▪ Ventes de services et recouvrements	07	4 874	4 960
▪ Subventions - Gouvernement du Canada	08		
▪ Autres revenus	09	444 097	110 252
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.09)	10	3 998 404	3 864 691
CHARGES			
Salaires	11	1 526 015	1 332 099
Avantages sociaux	12	258 246	259 497
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS) - MFQ	13	77 404	68 411
Charges sociales - Autres	14	129 199	112 675
Frais de déplacement et de représentation	15	94 582	83 035
Services achetés	16	562 278	945 021
Publicité et communication	17	32 792	29 153
Loyers	18		
Dépenses de transfert	19	806 912	141 153
Fournitures de bureau	20	16 677	22 660
Entretien et réparations	21	8 172	26 852
Créances douteuses	22		
Autres charges	23	10 597	3 329
TOTAL DES CHARGES (L.11 à L.23)	24	3 522 874	3 023 885
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.10 - L.24)	25	475 530	840 806
Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions de l'avoir propre	26		
Transferts interfonds - En provenance			
▪ du fonds d'exploitation	27	30 000	30 000
▪ du fonds des activités régionalisées	28	18 872	
▪ de fonds affectés	29	19 135	24 500
Transferts interfonds - Affectations			
▪ au fonds d'exploitation	30		
▪ au fonds des activités régionalisées	31	(18 872)	
▪ à des fonds affectés	32	(68 263)	
▪ au fonds d'immobilisations	33	(374 448)	(692 817)
Autres transferts interfonds	34		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transferts interfonds (L.25 à L.34)	35	81 954	202 489

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS D'IMMOBILISATIONS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Ministère de la Santé et des Services sociaux			
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-capital	01	385 432	397 431
▪ Subvention pour le remboursement de la dette-intérêts	02	517 521	688 156
▪ Autres subventions	03		
Revenus de placements	04		
Gains sur dispositions d'immobilisations	05		
Revenus d'autres sources			
▪ Subventions - Gouvernement du Canada	06		
▪ Contributions et dons	07		
▪ Autres revenus	08		
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	902 953	1 085 587
CHARGES			
Frais financiers			
▪ Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	10	519 449	689 663
▪ Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
▪ Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	12	3 857	3 857
Dépenses d'immobilisations non capitalisées			
▪ Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	69 846	
▪ Services achetés	14	5 154	88 012
▪ Entretien et maintien des actifs	15	15 793	13 291
▪ Autres charges non capitalisées	16		
Amortissement des immobilisations	17	923 041	820 113
Pertes sur dispositions d'immobilisations	18		
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.18)	19	1 537 140	1 614 936
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.19)	20	(634 187)	(529 349)
Renseignements à titre informatif seulement			
Contributions en provenance du			
▪ Fonds d'exploitation - Activités principales	21	12 618	92 335
▪ Fonds d'exploitation - Activités accessoires complémentaires	22		
▪ Fonds d'exploitation - Activités accessoires commerciales	23		
▪ Fonds des activités régionalisées	24	374 448	692 817
▪ Fonds affectés	25	16 669	13 140
▪ Fonds de stationnement	26		
Contributions affectées à d'autres fonds	27		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions et affectations interfonds (L.20 à L.27)	28	(230 452)	268 943

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Subventions MSSS	01	16 679 634	16 057 053
Crédits régionaux	02		
Variation des revenus reportés - MSSS et FINESSS	03	26 065	(38 565)
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	04	xxxx	
FINESSS	05	1 087 978	1 140 607
Revenus de placements	06	26 910	29 505
Revenus d'autres sources			
▪ Subventions - Gouvernement du Canada	07		
▪ Autres revenus	08	1 884 275	1 729 869
TOTAL DES REVENUS (L.01 à L.08)	09	19 704 862	18 918 469
CHARGES			
Dépenses de transfert	10	18 498 505	17 551 501
	11	xxxx	xxxx
Frais financiers	12		
Charges d'exploitation			
Salaires	13	98 574	138 310
Avantages sociaux	14	2 531	13 951
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS) - MFQ	15	353	2 603
Charges sociales - Autres	16	761	4 953
Frais de déplacement et de représentation	17	12 568	9 412
Services achetés	18	73 717	40 436
Location d'équipement	19		794
Fournitures de bureau	20	28 693	7 511
Autres charges	21	1 176 211	1 299 496
TOTAL DES CHARGES (L.10 à L.21)	22	19 891 913	19 068 967
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.09 - L.22)	23	(187 051)	(150 498)

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS D'EXPLOITATION		Activités ① principales 1	Avoir propre 2	Exercice courant (C.1 + C.2) 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 061 374	519 150	1 580 524	1 181 570
ACTIVITÉS PRINCIPALES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	279 788		279 788	523 242
Transferts interfonds - En provenance					
▪ de fonds affectés	03	xxxx			
▪ du fonds des activités régionalisées	04	xxxx			
▪ du fonds de stationnement	05	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
▪ au fonds d'immobilisations ①	06		(12 618)	(12 618)	(92 335)
▪ à d'autres fonds DRRI	07	xxxx	(30 000)	(30 000)	(30 000)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES					
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	08	xxxx	(2 859)	(2 859)	(1 953)
Transferts interfonds - En provenance					
▪ du fonds de stationnement	09	xxxx			
Transferts interfonds - Affectations					
▪ au fonds d'immobilisations	10	xxxx			
▪ au fonds de stationnement	11	xxxx			
▪ à d'autres fonds	12	xxxx			
AUTRES ÉLÉMENTS					
▪ Libération de surplus	13	(1 061 374)	1 061 374		
▪ Contributions de l'avoir propre aux autres fonds	14	xxxx			
▪ Autres corrections	15				
Variation de l'exercice (L.02 à L.15)	16	(781 586)	1 015 897	234 311	398 954
Redressements demandés par le MSSS	17				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.16 + L.17)	18	279 788	1 535 047	1 814 835	1 580 524

① Exceptionnellement pour les fins de reports, lorsque l'Agence n'a pas transféré les économies liées aux projets d'investissement financés par les activités principales des exercices antérieurs, elle doit les inscrire aux activités principales de l'exercice courant à la ligne 06.

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS D'IMMOBILISATIONS FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 646 973	1 378 030	1 565 572	1 363 083
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	02	(634 187)	(529 349)	475 530	840 806
Transferts interfonds - En provenance					
▪ du fonds d'exploitation	03	12 618	92 335	30 000	30 000
▪ du fonds des activités régionalisées	04	374 448	692 817	18 872	
▪ de fonds affectés	05	16 669	13 140	19 135	24 500
▪ du fonds de stationnement	06			xxxx	xxxx
Transferts interfonds - Affectations					
▪ au fonds d'exploitation	07				
▪ au fonds des activités régionalisées	08			(18 872)	
▪ à des fonds affectés	09			(68 263)	
▪ au fonds d'immobilisations	10	xxxx	xxxx	(374 448)	(692 817)
Autres transferts interfonds	11				
Contribution de l'avoir propre	12				
Autres additions (déductions)	13				
Variation de l'exercice (L.02 à L.13)	14	(230 452)	268 943	81 954	202 489
Redressements	15				
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.14 + L.15)	16	1 416 521	1 646 973	1 647 526	1 565 572

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	01	1 368 705	1 556 843
Additions (déductions)			
Surplus (Déficit) de l'exercice	02	(187 051)	(150 498)
Transferts interfonds - En provenance			
▪ du fonds d'exploitation	03		
▪ du fonds des activités régionalisées	04	68 263	
▪ de fonds affectés	05	1 019	
Transferts interfonds - Affectations			
▪ au fonds d'exploitation	06		
▪ au fonds des activités régionalisées	07	(19 135)	(24 500)
▪ à d'autres fonds affectés	08	(1 019)	
▪ au fonds d'immobilisations	09	(16 669)	(13 140)
Autres transferts interfonds	10		
Autres additions (déductions)	11		
Variation de l'exercice (L.02 à L.11)	12	(154 592)	(188 138)
Redressements	13		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.12 + L.13)	14	1 214 113	1 368 705

BILAN

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS D'EXPLOITATION FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Exercice courant 3	Exercice précédent 4
ACTIF					
Encaisse	01	2 580 845	2 476 493	2 736 257	3 587 439
Placements temporaires	02				
Débiteurs					
▪ MSSS	03	28 215	57 907	122 800	1 149 569
▪ FINESSS	04	xxxx	xxxx		
▪ Établissements publics	05	48 601	41 727	169 315	211 667
▪ Gouvernement du Canada	06				
▪ Créances interfonds	07			3 622	17 487
▪ Autres débiteurs	08	152 759	93 792	368 768	612 819
Frais payés d'avance	09	40 045	37 950		20 197
Stocks de fournitures	10				
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	11	685 256	737 891	59 636	59 636
Autres éléments d'actif	12				
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	3 535 721	3 445 760	3 460 398	5 658 814
PASSIF					
Découvert bancaire	14				
Emprunts temporaires	15				
Intérêts courus à payer	16				
Créditeurs et autres charges à payer					
▪ MSSS	17	26 654			
▪ Établissements publics	18	14 527	7 097	86 504	657 880
▪ Dettes interfonds	19	3 622	17 487	587 375	692 908
▪ Salaires courus à payer	20	573 010	456 111	23 028	17 338
▪ Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	21	9 816	19 664		
▪ Autres créditeurs et charges à payer	22	95 482	477 517	85 033	336 658
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23	727 087	701 857	139 688	178 272
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24				
Autres revenus reportés	25	270 688	185 503	891 244	2 210 186
Dettes à long terme	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments de passif	27				
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	1 720 886	1 865 236	1 812 872	4 093 242
SOLDE DE FONDS	29	1 814 835	1 580 524	1 647 526	1 565 572
TOTAL - PASSIF ET SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	3 535 721	3 445 760	3 460 398	5 658 814

BILAN

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS D'IMMOBILISATIONS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01		
Placements temporaires	02		
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	03	13 614 073	8 818 443
Débiteurs			
▪ MSSS	04	116 954	309 963
▪ Gouvernement du Canada	05		
▪ Créances interfonds	06	587 375	692 908
▪ Autres débiteurs	07		
Frais payés d'avance	08		
Immobilisations	09	2 296 405	2 560 645
Subvention à recevoir - réforme comptable	10	15 243 580	17 727 532
Frais reportés liés aux dettes	11	80 872	84 729
Autres éléments d'actif	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	31 939 259	30 194 220

PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires	15	13 961 363	8 997 949
Intérêts courus à payer	16	116 954	109 963
Créditeurs et autres charges à payer			
▪ MSSS	17		
▪ Dettes interfonds	18		
▪ Salaires courus à payer	19		
▪ Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	20		
▪ Autres créditeurs et charges à payer	21		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	22		
Avances de fonds des agences et des établissements publics	23		
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	24		
Autres revenus reportés	25	486 507	792 040
Passifs environnementaux	26		
Dettes à long terme	27	15 957 914	18 647 295
Autres éléments de passif	28		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.28)	29	30 522 738	28 547 247

SOLDE DE FONDS	30	1 416 521	1 646 973
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29 + L.30)	31	31 939 259	30 194 220

BILAN

Exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

FONDS AFFECTÉS CUMULÉS		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
Encaisse	01	1 848 570	1 904 896
Placements temporaires	02		
Débiteurs			
▪ MSSS	03	100 993	237 343
▪ FINESSS	04		
▪ Établissements publics	05		
▪ Gouvernement du Canada	06		
▪ Créances interfonds	07		
▪ Autres débiteurs	08	23 316	11 664
Frais payés d'avance	09		
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	10	5 718	9 598
Placements de portefeuilles	11		
Autres éléments d'actif	12		
TOTAL DE L'ACTIF (L.01 à L.12)	13	1 978 597	2 163 501

PASSIF			
Découvert bancaire	14		
Emprunts temporaires	15		
Intérêts courus à payer	16		
Créditeurs et autres charges à payer			
▪ Établissements publics	17	323 120	287 546
▪ Organismes	18		
▪ Dettes interfonds	19		
▪ Salaires courus à payer	20		198
▪ Fonds des services de santé (FSS) - MFQ à payer	21		
▪ Autres créditeurs et charges à payer	22	387 641	337 347
Passif au titre des avantages sociaux futurs	23		6 474
Revenus reportés - MSSS	24	53 723	150 288
Revenus reportés - Gouvernement du Canada	25		
Autres revenus reportés	26		12 943
Autres éléments de passif	27		
TOTAL DU PASSIF (L.14 à L.27)	28	764 484	794 796

SOLDE DE FONDS	29	1 214 113	1 368 705
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29)	30	1 978 597	2 163 501

Notes aux états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

NOTE 1 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Baie-Comeau (691, rue Jalbert).

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1), qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région sociosanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issu(s) de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, l'Agence est fusionnée avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

NOTE 2 - PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel, l'Agence utilise prioritairement le Manuel de gestion financière établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation nº2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'Agence se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public, sauf pour l'élément susmentionné.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard des montants de l'actif et du passif comptabilisés, sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur la comptabilisation des revenus et des charges de l'exercice présentés dans les présents états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels la direction a établi des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir - réforme comptable et la provision relative à l'assurance salaire.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel, la direction considère que les estimations et les hypothèses sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Ainsi, les opérations et les faits sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel ils ont lieu, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

L'organisme Corélo inc. fait partie du périmètre comptable de l'Agence, mais n'est pas consolidé. Le détail se retrouve à la note 12.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'agence bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'agence bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'agence bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissements voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel qu'il est stipulé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37,01).

Les sommes en provenance d'une entité hors périmètre comptable gouvernemental sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées payées ou à payer sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'agence cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (chapitre S-37.01), et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Ils sont donc constatés à titre de charge de l'exercice de son émission.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Instruments financiers

En vertu de l'article 383 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le MSSS prescrit le format du rapport financier annuel applicable aux agences.

Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas y inclure l'état des gains et pertes de réévaluation requis par la norme comptable sur les instruments financiers. En effet, la très grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instrument financier devant être évalué à la juste valeur considérant les limitations imposées par cette loi. De plus, les données financières des établissements et des agences sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

En vertu de l'article 477, le MSSS met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se rapportent.

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain et perte de réévaluation.

L'encaisse, les débiteurs - agences et MSSS et les autres débiteurs sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et le découvert bancaire, le cas échéant.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus doit être comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement, de l'escompte ou de la prime.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés sous la responsabilité de l'Agence, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'elle en est informée.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'Agence comptabilise une subvention à recevoir du MSSS, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que leurs variations survenues au cours des exercices de 2011-2012 à 2014-2015.

Pour les terrains non répertoriés au 31 mars 2011, l'agence concernée doit comptabiliser ses passifs environnementaux après avoir préalablement obtenu une autorisation du MSSS ainsi qu'une subvention à recevoir de celui-ci.

Les passifs environnementaux sont présentés au fonds d'immobilisations. L'Agence n'a aucun passif environnemental.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

Les obligations à long terme découlant des congés de maladie et de vacances accumulés, de congé parental et d'assurance salaire sont comptabilisées dans les passifs au titre des avantages sociaux futurs.

Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le MSSS, par le biais de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est généralement utilisée, laquelle est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le regroupement d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, la méthode dite globale basée sur la moyenne des dépenses des trois dernières années est alors employée. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activité concernés.

Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activité concernés.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée (avant le 1er avril 2008)	Durée (après le 1er avril 2009)
Améliorations locatives	10 ans	Durée restante du bail (maximum 10 ans)
Développement informatique	5 ans	5 ans
Équipement informatique	3 ans	3 ans
Machinerie, mobilier et équipement	10 ans	Sans objet
Mobilier et équipement de bureau	5 ans	5 ans
Équipement de communication multimédia	Sans objet	5 ans
Autres équipements : autre mobilier, équipement médical et de transport	Sans objet	12 ans, 15 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice en cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : Regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : Regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées et pour les activités des fonds affectés de l'Agence sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Le fonds des activités régionalisées : Fonds regroupant les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.
- Les fonds affectés : Fonds constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le fonds de santé au travail : Fonds regroupant les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la CSST. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités d'une agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de ses activités principales.

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activité

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, les charges engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activité. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

NOTE 3 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), une agence doit maintenir l'équilibre entre ses prévisions budgétaires de revenus et ses charges. Cette exigence légale s'applique à l'ensemble des fonds.

Selon les résultats totaux fournis à la page 150 du rapport financier annuel AS-475 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'Agence n'a pas respecté cette obligation légale. L'Agence affiche un déficit de 68 779 $. Toutefois, puisqu'il y a des surplus cumulés de 6 092 995 $, l'Agence est en contrôle budgétaire, car son déficit est supporté par ses surplus cumulés.

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) sont préparées selon les mêmes conventions comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 10 juin 2014.

NOTE 5 - INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

L'Agence ne détient pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que la méthode du taux effectif aurait dû être utilisée selon les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'amortissement des frais d'émission des dettes, selon la méthode du taux effectif, est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

NOTE 6 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars, l'Agence dispose d'un emprunt à court terme auprès de Financement Québec, d'un montant autorisé par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu des lettres d'autorisation qu'il délivre. Le taux d'intérêt correspond à la moyenne des taux d'acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,05 %. Au 31 mars 2015, le solde utilisé est de 0 $ (2014 : 0 $). La convention de prêts à court terme à taux flottant a été signée le 27 mars 2012.

De plus, l'Agence dispose d'une facilité de crédit au montant de 20 000 000 $ (2014 : 20 000 000 $) auprès d'une institution financière au taux variant entre le taux préférentiel et le taux des acceptations bancaires majoré de 0,30 %, garanti par le MSSS, dont 13 925 211 $ sont utilisés en date du 31 mars 2015 (2014 : 9 014 307 $).

NOTE 7 - DETTES À LONG TERME

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 3 656 804 $, au taux effectif de 2,0725 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2018.	3 424 411	3 656 804
Billets à terme contractés auprès de Financement Québec de 36 336 235 $, à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, garantis par le gouvernement, remboursables annuellement par versements variables, échéant en 2023.	1 118 420	1 689 848
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 3 475 949 $, au taux effectif de 2,0725 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2018.	2 929 885	3 475 949
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, d'une valeur nominale de 5 310 991 $, au taux effectif de 3,147 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2016.	2 490 326	3 054 459
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, d'une valeur nominale de 1 512 090 $, au taux effectif de 3,835 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2016.	1 270 155	1 330 639
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, d'une valeur nominale de 1 110 560 $, au taux effectif de 3,835 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2016.	793 257	872 583
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2010, d'une valeur nominale de 648 504 $, au taux effectif de 2,8745 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2016.	544 743	570 683
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2012, d'une valeur nominale de 640 935 $, au taux effectif de 1,9612 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2017.	541 354	574 547
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2012, d'une valeur nominale de 561 789 $, au taux effectif de 2,428 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2018.	321 022	401 278
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2012, d'une valeur nominale de 2 991 926 $, au taux effectif de 1,776 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2015.	1 645 704	2 094 445
Billet à terme contracté auprès de Financement Québec en 2012, d'une valeur nominale de 973 484 $, au taux effectif de 2,1421 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versements annuels variables, échéant en 2018.	878 637	926 060
TOTAL	**15 957 914**	**18 647 295**

NOTE 8 - PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie - années courantes et de vacances :		
▪ Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
▪ Inflation	1 %	
▪ Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
▪ Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux.

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice	Montant versé	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	719 147	547 855	582 369	684 633	719 147
Assurance salaire	132 632	107 961	102 539	138 054	132 632
Provision pour maladie	25 658	162 637	151 102	37 193	25 658
Droits parentaux	3 456	19 622	21 240	1 838	3 456
Congés fériés	5 710	275 496	276 149	5 057	5 710
TOTAL	**886 603**	**1 113 571**	**1 133 399**	**866 775**	**886 603**

NOTE 9 - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

	Exercice courant			Exercice précédent
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
Améliorations locatives	1 603 337	1 032 931	570 406	730 740
Matériels et équipements	7 247 823	6 125 709	1 122 114	1 187 867
Équipements spécialisés	754 649	215 100	539 549	574 868
Développement informatique	273 465	246 277	27 188	36 166
Réseau de télécommunication	77 011	39 863	37 148	31 004
TOTAL	**9 956 285**	**7 659 880**	**2 296 405**	**2 560 645**

NOTE 10 - GESTION DES RISQUES FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'Agence est exposée à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'Agence au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les débiteurs - agences et MSSS, les autres débiteurs ainsi que la subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

Le risque de crédit associé à l'encaisse est réduit au minimum. Le risque de crédit associé aux débiteurs - agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir perçue d'avance - réforme comptable est faible, puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend en majorité des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, du ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et du ministre des Finances qui jouissent d'une bonne qualité de crédit.

Afin de réduire ce risque, l'Agence s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Elle fait parvenir des états de compte aux retardataires et analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 93 % du montant total recouvrable.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'Agence ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'elle ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'Agence gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'Agence est donc exposée au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs agences et MSSS - établissements publics, les autres créditeurs et autres charges à payer ainsi que les dettes à long terme.

Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'Agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés. Il est minime car l'Agence ne réalise pas d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'Agence est exposée au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	13 961 363	8 997 949
Avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées		
Dettes à long terme	15 957 914	18 647 295

Les emprunts temporaires totalisant 13 961 363 $ portent intérêt à taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Les avances de fonds en provenance de l'Agence - enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 15 957 914 $ représentent des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier. L'Agence n'est pas exposée à ce risque.

NOTE 11 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

L'Agence est apparentée avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 800 du AS-475.

L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées à la section 800 du AS-475.

NOTE 12 - ORGANISME NON CONSOLIDÉ SOUS CONTRÔLE DE L'AGENCE

L'Agence contrôle l'organisme Corélo inc. Cet organisme a pour mission de construire, acquérir, posséder, améliorer, administrer et aliéner des immeubles et biens meubles servant aux personnes oeuvrant et bénéficiant de services dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. L'organisme est constitué en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies du Québec et est un organisme sans but lucratif au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu.

L'Agence, conformément aux statuts de l'organisme, nomme tous les membres du conseil d'administration, ratifie tous les règlements de l'organisme, autorise l'aliénation des biens ainsi que toute construction, achat ou vente d'immeubles et elle est le bénéficiaire du reliquat en cas de dissolution de l'organisme sauf si un organisme exerçant une activité analogue est créé.

L'organisme n'a pas été consolidé dans le rapport financier annuel de l'Agence. Les états financiers vérifiés de l'organisme sont disponibles sur demande. Les états financiers condensés de cette entité non consolidée au 31 mars 2015 et au 31 mars 2014 et pour les exercices terminés à ces dates sont les suivants :

	2015	2014
Situation financière		
Actif à court terme	2 377 868	2 450 621
Actif à long terme	11 264 566	11 742 973
	13 642 434	14 193 594
Passif à court terme	2 653 811	962 096
Passif à long terme	3 952 997	6 527 858
	6 606 808	7 489 954
Actifs nets	7 035 626	6 703 640
	13 642 434	14 193 594
Résultats des activités		
Produits provenant des établissements	2 804 978	3 033 904
Autres produits	136 510	151 506
	2 941 488	3 185 410
Total des charges d'opération	2 609 502	2 604 801
Gain (perte) sur cession d'immobilisations corporelles	-	(2 038)
Excédent des produits sur les charges	331 986	578 571
Évolution des actifs nets		
Solde de début	6 703 640	6 125 069
Excédent des produits sur les charges	331 986	578 571
	7 035 626	6 703 640

Une portion de l'actif net de l'organisme est affectée. Cette affectation de fonds, d'origine interne, est faite en vue d'effectuer des travaux de rénovation et d'entretien majeurs aux immobilisations détenues par l'organisme. Le solde de cette affectation est de 1 074 629 $ (2014 : 1 152 895 $).

L'organisme a adopté comme conventions comptables les principes comptables généralement reconnus du Canada pour les organismes sans but lucratif.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

ANNEXE A

VERSION FINALE

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS

DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

(Règlement n° 1 de 2002)

Codification permanente : **Reg-eth-01**

ADOPTÉ AU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CÔTE-NORD

Le 19 novembre 2002

MODIFIÉ
Le 18 février 2014

PRÉAMBULE

Suivant l'article 340 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

À cette fin, l'Agence a pour objet :

1° d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et d'assurer le respect des droits des usagers;

1.1° de s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;

2° de faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région;

3° d'élaborer le plan stratégique pluriannuel visé à l'article 346.1 et d'en assurer le suivi;

4° d'allouer les budgets destinés aux établissements, d'accorder les subventions aux organismes communautaires et d'attribuer les allocations financières aux ressources privées visées à l'article 454;

5° d'assurer la coordination des activités médicales particulières des médecins soumis à une entente visée à l'article 360 ou à l'article 361.1 ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et organismes communautaires visés à l'article 454 et de favoriser leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;

5.1° d'assurer la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes et d'exercer, sur demande du ministre, la coordination interrégionale;

6° de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;

7° d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;

7.1° d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2);

7.2° d'évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et d'assurer la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

7.3° de soutenir les établissements dans l'organisation des services et d'intervenir auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente et conformément à l'article 105.1, de préciser la contribution attendue de chacun des établissements;

7.4° de permettre, afin de faciliter la conclusion d'ententes visées au paragraphe 7.3°, l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;

7.5° de s'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;

7.6° de développer des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et de les adapter aux particularités de ceux-ci;

7.7° de prévoir des modalités et de développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus; elle doit rendre compte de l'application du présent paragraphe dans une section particulière de son rapport annuel de gestion;

7.8° de développer des mécanismes de protection des usagers et de promotion et de défense de leurs droits;

8° d'exécuter tout mandat que le ministre lui confie.

Pour la réalisation de ses mandats, l'Agence obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'Agence présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'Agence et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante des administrateurs de l'Agence pour garantir à la population une gestion intègre et transparente des fonds publics.

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler, dans le présent Code d'éthique et de déontologie, les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de l'Agence adhèrent.

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.01, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'une agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement. De plus, l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement.

Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 406, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'Agence et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au Code civil du Québec, prévoit ce qui suit :

> *« 406. Les membres du conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée. »*

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'une agence peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'Agence et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 406 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) qui prévoit que les administrateurs de l'Agence doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord;

ATTENDU l'article 3.01 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'Agence de se soumettre aux normes d'éthique et de déontologie édictées par règlement du gouvernement;

ATTENDU QUE l'article 34 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics exige que les administrateurs de l'Agence se dotent d'un code d'éthique et de déontologie dans le respect des principes et règles édictés par ce règlement;

ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité.

Les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- **Primauté des intérêts de la population à desservir;**
- **Distribution équitable des ressources de la région.**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe I.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs de l'Agence de la Côte-Nord déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'Agence, de favoriser la transparence au sein de l'Agence et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

   Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

   Notamment, il :
   - traite des mesures de prévention, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
   - traite de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
   - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
   - prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'Agence est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

   L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

   L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'Agence, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.

3. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord.

   Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II. DÉFINITIONS

4. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence, le président-directeur général et le directeur de santé publique;

b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'Agence;

c) « **Code** » désigne le présent Code;

d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration de l'Agence;

f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur; cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;

g) « **Agence** » désigne l'Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord.

III. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région de la Côte-Nord

À cette fin, l'administrateur :

5. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.

6. Contribue à la réalisation des fonctions de l'Agence et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.

7. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

8. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

9. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

10. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions notamment en s'engageant à faire ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

11. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'Agence; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

    Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.

Neutralité

12. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisanes. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

13. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

14. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisanes.

15. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.

    Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.

16. Le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.

17. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

18. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

19. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e jour qui suit la date de clôture des mises en candidatures, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

20. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

21. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Agence, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'Agence respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

22. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.

23. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'Agence.

24. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

25. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

26. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'Agence et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'Agence dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'Agence et de l'administration de tous les biens qu'elle possède ou dont elle a la garde.

27. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

28. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'Agence et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.

29. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'Agence puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'Agence.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

30. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

31. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., chapitre V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

32. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'Agence.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'Agence et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le président-directeur général, le directeur de santé publique et les conflits d'intérêts

33. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique, sous peine de déchéance de sa charge ou de son congédiement, ne peut avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

34. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute agence. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le président-directeur général ou le directeur de santé publique et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

35. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement ou une agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le président-directeur général ou le directeur de santé publique a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du président-directeur général et du directeur de santé publique

36. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'Agence et des devoirs de sa fonction. Cependant, il peut occuper un autre emploi, charge ou fonction, dans la mesure où le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorise. Lorsqu'une telle autorisation est accordée, le conseil d'administration doit en être informé.

Biens de l'Agence

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'Agence selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'Agence. Il ne peut confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'Agence pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'Agence, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

    Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.

41. Le président-directeur général ou le directeur de santé publique ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

42. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.

Interventions abusives

43. Hormis le président-directeur général ou le directeur de santé publique, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du président-directeur général, du directeur de santé publique ou de tout autre cadre supérieur.

44. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

45. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'Agence.

46. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'Agence.

47. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

48. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'Agence; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis clos pour ce faire.

49. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

50. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

51. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'Agence, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

52. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

53. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

54. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'Agence, de solliciter un emploi auprès de l'Agence.

55. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'Agence ou des établissements de santé ou de services sociaux.

56. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

57. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V. MÉCANISMES D'APPLICATION

58. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'Agence. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

59. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au président-directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

    Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

    Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le président-directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au comité de gouvernance et d'éthique constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

60. Le comité de gouvernance et d'éthique décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

61. Au moment où il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept (7) jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

62. À la suite de son enquête, le comité de gouvernance et d'éthique transmet au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

63. À la suite du rapport du comité de gouvernance et d'éthique, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Si la décision est à l'effet que l'administrateur a contrevenu à une loi, un règlement ou au présent Code, le président du conseil d'administration ou le président-directeur général, selon le cas, transmet, pour décision finale, l'allégation, le dossier et ses recommandations au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

64. Le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif doit, sur réception de l'allégation, faire part à l'administrateur des manquements reprochés ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept (7) jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

Lorsque le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif arrive à la conclusion que l'administrateur a contrevenu à une loi, à un règlement ou au présent Code, il transmet sa recommandation au secrétaire général du Conseil exécutif qui décide de la sanction à imposer.

Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois (3) mois ou la révocation. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

Si la sanction proposée consiste en la révocation de l'administrateur, celle-ci ne peut être imposée que par le gouvernement.

VI. ENGAGEMENTS

65. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'annexe III du présent Code.

VII. LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

66. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au président-directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

67. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

68. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

69. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX. COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

70. Un comité de gouvernance et d'éthique est institué. Il est composé de trois (3) membres du conseil d'administration dont une majorité de membres indépendants. Il doit être présidé par un membre indépendant.

Les membres sont nommés pour une durée de quatre (4) ans ou pour la durée non écoulée de leur mandat, depuis leur nomination au sein du conseil d'administration.

71. Une personne cesse d'être membre du comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

72. Sous réserve de l'article 71, un membre du comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

73. Toute vacance survenant au comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 70 du présent Code.

74. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du comité, ce dernier ne peut siéger au comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

75. Le quorum des réunions du comité est de trois membres.

Les décisions du comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

76. Les fonctions du comité, en ce qui concerne le code d'éthique et de déontologie, sont les suivantes :

a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code;
b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code;
c) Déterminer, à la suite d'une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code;
d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X. CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

77. Le président-directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le comité de gouvernance et d'éthique dans ses fonctions.

XI. DISPOSITIONS FINALES

78. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration.

RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

ANNEXE B

RÉPARTITION PAR CENTRES D'ACTIVITÉ DU VOLUME ET DES COÛTS DE DÉPLACEMENT DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA CÔTE-NORD

2014-2015

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	867 305	1 892	280 426	1 803	547 772	628	1 327 086	17 700			3 022 589	22 023
CSSS de Port-Cartier	129 766	692	41 900	295	35 647	37	158 925	1 414			366 238	2 438
CSSS de Sept-Îles	431 444	539	153 121	1 200	282 669	341	488 092	3 911			1 355 326	5 991
CSSS de la Minganie	404 818	469	29 121	135	16 819	38	676 276	5 643	77 692	149	1 204 726	6 434
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 286 483	535	12 990	79	230 692	64	4 042 389	6 540			5 572 554	7 218
CSSS de l'Hématite	464 207	139			27 765	32	996 929	2 386			1 488 901	2 557
CLSC Naskapi									1 196 064	1 311	1 196 064	1 311
TOTAL	**3 584 023**	**4 266**	**517 558**	**3 512**	**1 141 364**	**1 140**	**7 689 697**	**37 594**	**1 273 756**	**1 460**	**14 206 398**	**47 972**

2013-2014

Établissement	Déplacement des usagers entre établissements		Déplacement des usagers âgés de 65 ans et plus		Déplacement des usagers par EVAQ		Déplacement des cas électifs		Déplacement des bénéficiaires autochtones		Total	
	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements	Coût ($)	Nombre de déplacements
CSSS de la Haute-Côte-Nord–Manicouagan	832 385	1 962	246 631	1 655	605 243	711	1 378 927	17 166			3 063 186	21 494
CSSS de Port-Cartier	141 589	729	41 067	281	30 272	32	156 906	1 397			369 834	2 439
CSSS de Sept-Îles	510 590	505	143 880	1 100	243 409	296	441 765	3 519			1 339 644	5 420
CSSS de la Minganie	351 258	416	23 887	118	13 331	17	689 953	5 612	65 116	125	1 143 545	6 288
CSSS de la Basse-Côte-Nord	1 403 000	494	19 168	82	296 273	70	3 703 214	6 198			5 421 655	6 844
CSSS de l'Hématite	417 506	135			30 382	33	948 336	2 392			1 396 224	2 560
CLSC Naskapi									1 070 994	1 355	1 070 994	1 355
TOTAL	**3 656 328**	**4 241**	**474 633**	**3 236**	**1 218 910**	**1 159**	**7 319 101**	**36 284**	**1 136 110**	**1 480**	**13 805 082**	**46 400**

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS SUR LA CÔTE-NORD
2010 À 2014

ANNEXE C

MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE
NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS SUR LA CÔTE-NORD

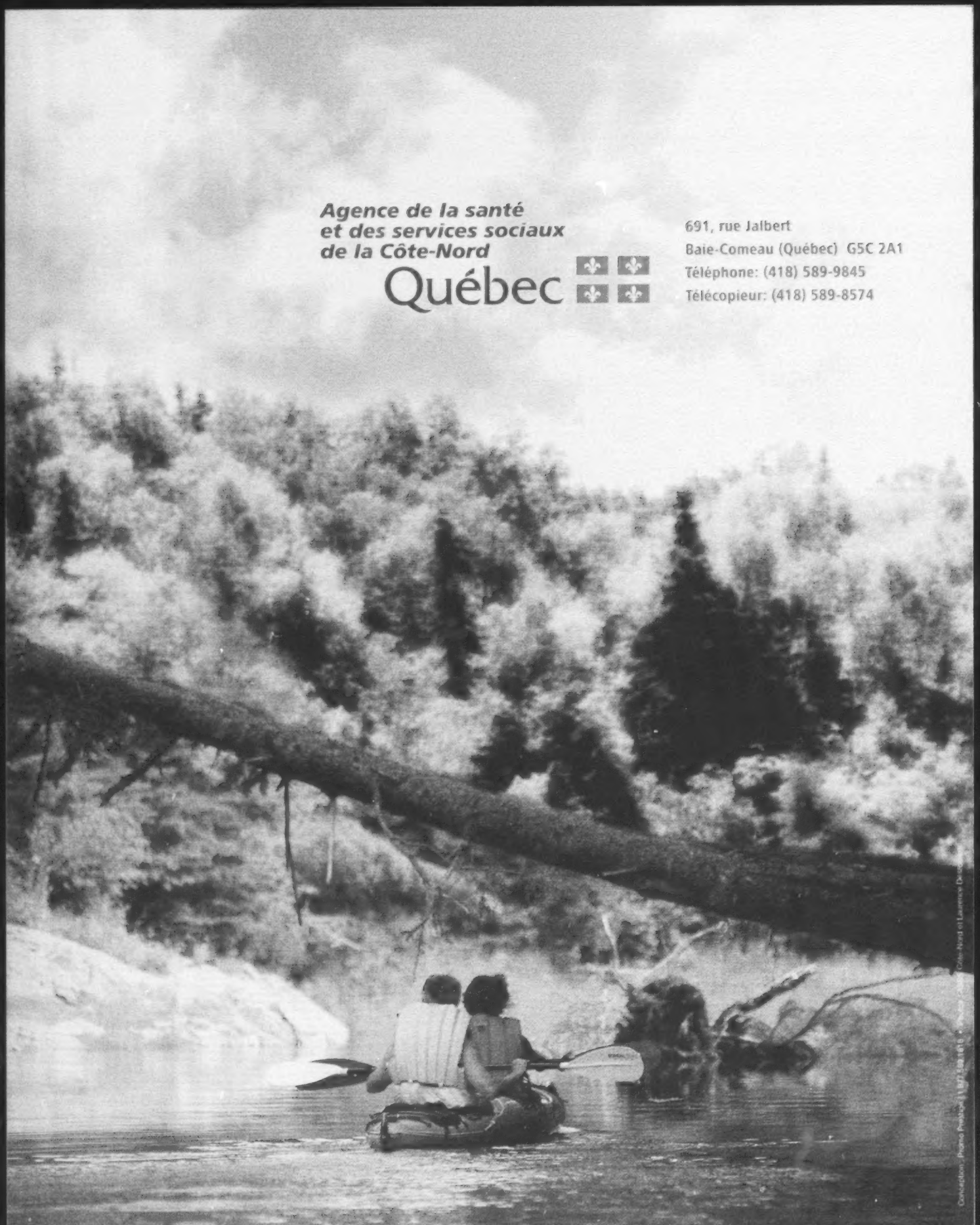
2010 À 2014

MALADIE	TOTAL CÔTE-NORD				
	2014	2013	2012	2011	2010
MALADIES ENTÉRIQUES					
Amibiase	1	1	2		
Gastroentérite à *Yersinia entérocolitica*		3	2	3	3
Gastroentérite épidémique d'origine indéterminée[1, 2]	12	25	ND	ND	ND
Giardiase	6	8	15	7	8
Hépatite A		1			1
Infection à *Campylobacter*	41	24	24	14	20
Listériose	1	1	2		
Salmonellose	22	17	21	28	16
Shigellose			2	1	
Toxi-infection alimentaire[2]	6	1	3		
INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG					
Hépatite B	3	2	2	2	
Hépatite C (sans précision)	9	7	11	9	7
Infection à *Chlamydia trachomatis*	319	317	285	307	236
Infection gonococcique	7	4	1	1	7
Syphilis	1	1		2	2
MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION					
Coqueluche		12	6		2
Infection invasive à méningocoque			1	3	
Infection invasive à *Haemophilus influenzae*	1	3	5	1	
Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*	13	19	18	21	16
Oreillons					1
AUTRES					
Infection à Hantavirus				1	
Infection à Plasmodium (malaria)				1	1
Infection invasive à streptocoque du groupe A	6	8	6	6	3
Légionellose		2	1		
Maladie de Creutzfeldt-Jacob			1		
Maladie de Lyme	1				
Tuberculose		3	3	2	2
Tularémie			2		
TOTAL	**449**	**459**	**413**	**409**	**325**

ND : Non disponible

1. Les déclarations de gastroentérite épidémique d'origine indéterminée sont inscrites au fichier provincial des MADO depuis 2013 seulement.
2. Correspond au nombre d'événements et non au nombre de personnes touchées.

Source : Infocentre de santé publique du Québec, INSPQ, Rapport annuel des MADO d'origine infectieuses, Région Côte-Nord, 1er janvier au 31 décembre 2014.



Agence de la santé
et des services sociaux
de la Côte-Nord

Québec

691, rue Jalbert
Baie-Comeau (Québec) G5C 2A1
Téléphone: (418) 589-9845
Télécopieur: (418) 589-8574